PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. LEON BLUMENSTOK.

Rok XXVI. — 1887.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarz. A. M. Kosterkiewicza.
1887.



SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXVI. „Przeglądu Lekarskiego."

(*Liczby oznaczają strony*).

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

IX.

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Rok XXVI. Kraków, 1 Stycznia 1887. Nr. 1.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

ĆWIERĆ WIEKU.

Wędrowiec, odpoczywający po przebyciu drogi żmudnéj, zastanawia się nad kolejami, które go czekają w dalszym pochodzie, ale niemniéj rozmyśla przygody już doznane, aby z doświadczenia nabytego korzystać na przyszłość. I myśmy przebyli drogę daleką, gdzieniegdzie ciernistą, i nam więc godzi się, doszedłszy do pewnego kresu, rozpatrzyć się w swojém przedsięwzięciu, rozpamiętywać czas miniony i drogę, która leży za nami, oraz odgadywać, co nam przyszłość rokuje. Ćwierć wieku, to chwila tylko w dziejach ludzkości, ale w naszém położeniu wyjątkowém jestto okres długi, obfity w rozmaite doświadczenia, ducha naprzemian pokrzepiające i przygnębiające. A jeżeli pomimo tych doświadczeń przedsiębiorstwo skromne i uczciwe nietylko utrzymać się przy życiu zdołało, ale z małych początków powstawszy zwycięsko przebyło wszystkie słabości wieku dziecięcego i pomimo niebezpieczeństw, grożących wiekowi jego młodocianemu, urosło nad nasze spodziewanie, spoważniało, i nietylko śród podobnych krajowych ale i zagranicznych poważne zajęło stanowisko, — to radosném przejęci jesteśmy przeświadczeniem, że usiłowania nasze nie były daremne, skoro wydały plon zdrowy i wstępuje w nas otucha, że i przyszłość nie będzie gorszą a może nawet i lepszą, jeżeli nie zwolnimy kroku, jeżeli praca wytrwała i nadal będzie hasłem naszém.

Bez szumnéj zapowiedzi, bez górnolotnego programu, cicho a skromnie, prawie nieśmiało, pojawił się przed 25 laty Przegląd Lekarski. Wydawany staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego krakowskiego, za inicyjatywą głównie proff. Dietla i Bryka, i za współudziałem proff. Majera i Skobla, ukazał się w chwili dla nas pamiętnéj. Minęło było zaledwie kilka miesięcy, odkąd z łaski miłościwie nam panującego Cesarza i Króla język ojczysty odzyskał swoje prawa w Uniwersytecie Jagiellońskim, a już zaczęto krzątać się koło założenia organu, mającego skupiać skromne i nieliczne prace, które do owego czasu znajdowały przytułek w rocznikach Tow. Naukowego lub w pismach warszawskich, a co ważniejsza, otwarcie mówiąc, mającego wyrabiać dopiero potrzebę zdawania sprawy z prac i spostrzeżeń, a więc stworzyć piśmiennictwo lekarskie, w naszej przynajmniej dzielnicy odłogiem leżące. Wprawdzie każde czasopismo naukowe jest poniekąd zwierciadłem, w którém wiernie odbija się ruch piśmienniczy pewnego czasu i miejsca, ale w warunkach naszych czasopismo nowe musiało stworzyć dopiero ruch, który miało odźwierciedlać. Ono samo musiało zagrzewać dopiero do zapasów piśmienniczych pokolenie dłuższą bezczynnością otrętwiałe, pokolenie, które kształcone w języku sobie obcym, wprawdzie go sobie nie przyswoiło, ale za to odwykło od uprawiania nauk w mowie ojczystej, — musiało kształcić pracowników i czuwać troskliwie nad pierwszemi krokami na tém nowém dla nich polu. To też roczniki Przeglądu Lekarskiego są pouczającemi obrazami tego ruchu, zrazu nader powolnego i chwiejnego, następnie atoli coraz żywszego i pewniejszego, coraz bardziéj podążającego za ogólnym ruchem w świecie naukowym, a wreszcie od lat wielu statecznie dotrzymującego mu kroku. Stojąc na straży czystości i poprawności języka, ustalając słownictwo lekarskie, przestrzegając sumiennie i statecznie zasad przyzwoitości, słuszności, a broniąc godności stanu, Przegląd Lekarski nietylko sam postępował i poważniał, wierny zasadzie: *docendo discimus,* ale nadto powoli a wytrwale dążył do urzeczywistnienia zasady *discendo docebimus!* To też spoglądając wstecz na 25-letnią czynność swoją z dumą wskazać może poważny poczet dzielnych pracowników, którzy w jego szkole kształcić się zaczęli w zawodzie pisarskim, a obecnie zaliczają się do ozdób naszego piśmiennictwa lekarskiego. Był więc Przegląd Lekarski rzeczywistą szkołą praktyczną, a jak tworzenie szkoły

słusznie uchodzi za szczyt działania nauczyciela, tak tuszymy sobie, że ktokolwiek bez uprzedzenia rozpatrzy żywot pisma naszego, choćby surowo oceniał wady, od których nie jest wolne, nie odmówi mu przynajmniej tej zasługi w obec kraju i piśmiennictwa naszego.

Nie podobna nam w tej chwili uroczystej wymienić wszystkich tych kolegów życzliwych, którzy na tę zasługę Przeglądu Lekarskiego radą, poparciem i pracą się składali, ale niechaj nam będzie wolno, wynurzyć im tu ogólne a szczere podziękowanie. Niestety wielu z nich już nie ma pomiędzy nami; oddając hołd ich zasługom, w małej tylko części wywiązujemy się z długu wdzięczności.

Przez pierwszych lat 10 Towarzystwo Naukowe z ojcowską troskliwością czuwało nad powodzeniem Przeglądu Lekarskiego, reprezentowane przez proff. Bryka, Dietla, Madurowicza, Majera, Oettingera i Rydla, oraz Drów Lutostańskiego i Zieleniewskiego. Z przeobrażeniem się atoli Towarzystwa w Akademiję Umiejętności byt Przeglądu Lekarskiego był chwilowo zagrożony; przez rok jeden wydawany przez Drów Grabowskiego, Janikowskiego i Lutostańskiego przeszedł wreszcie na własność Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, które trafnie uznało, że podtrzymywanie czasopisma jest jeduém z najważniejszych jego obowiązków i zadań, choćby, jak się zdawało, połączone ze znacznemi ofiarami materyjalnemi. Zabiegliwości Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, popartego nader skutecznie przez Towarzystwo Lekarzy galicyjskich we Lwowie, które Przegląd Lekarski obrało swoim organem, oraz usilnéj pracy dawniejszych jego redaktorów głównych proff. Oettingera i śp. Janikowskiego, zawdzięczyć należy, że pismo nasze stanęło na silnej podstawie, że nietylko bez żadnéj subwencyi teraz się obywa, ale jest w stanie wynagradzać współpracowników, oraz przyczynić się do znacznego wydatku na »Spis autorów i rzeczy zawartych w 25-rocznikach«, którym Towarzystwo Lekarskie na pamiątkę jubileuszu swego organu darzy wszystkich prenumeratorów.

Mówiąc o pomyślnym rozwoju Przeglądu Lekarskiego Komisyja redakcyjna nie może bez ubliżenia zasadom prostéj sprawiedliwości przemilczeć o dziesięcioletnich znakomitych zasługach głównego redaktora prof Blumenstoka, które przeważnie na powodzenie czasopisma wpłynęły. Wyrazić publicznie choćby krótką wzmianką wdzięczne uznanie dzielnemu kierownikowi, jest świętym obowiązkiem, domagającym się spełnienia mimo względu na skromność kolegi, którym jedynie powodowana wstrzymuje się Komisyja redakcyjna od wyszczególnienia licznych jego zasług, ale przytłumić nie może szczerego tu wyznania, że obecny redaktor jest głównym filarem Przeglądu Lekarskiego i dzielną sprężyną jego pomyślnego rozwoju.

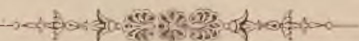
Sursum corda! W przeświadczeniu, żeśmy dopełnili obowiązku swego i że bez zarumienienia się możemy poddać ocenie kolegów i współobywateli czynność swoją dotychczasową, puszczamy w świat niniejszy numer, rozpoczynający drugą ćwierć wieku istnienia Przeglądu Lekarskiego. Oby poważna ilość prac autorów, chlubnie w naszém i obcém piśmiennictwie znanych, była zapowiedzią pomyślnéj przyszłości a zadatkiem życzliwości i opieki, którą i nadal koledzy nasi otaczać zechcą najstarszy z wychodzących obecnie polskich tygodników lekarskich. Niech pierwszy ten numer będzie rękojmią, że pomimo dłuższego żywota nie starzejemy się wcale, lecz z wytężeniem wszystkich sił swoich chcemy iść naprzód, ciągle naprzód, ku pożytkowi nauki i chwale piśmiennictwa naszego, bo dobro ich głównie mieliśmy i mamy na celu! Dzięki rozwojowi naszego Wydziału Lekarskiego i naszych zakładów leczniczych posiadamy spory zapas sił własnych; nie myślimy jednak wcale opierać się wyłącznie na siłach miejscowych, lecz staraniem naszém będzie, kojarzyć wszystkie rozstrzelone siły rodaków, a zgodnie z prawem gościnności i nadal pracom zamiejscowym użyczać będziemy pierwszeństwa przed miejscowemi, bo niczego żywiéj nie pragniemy nad to, aby w Przeglądzie Lekarskim odbijały się prace rodaków — lekarzy, gdziekolwiek bądź żyjących i naukowo pracujących. Nie wkraczamy przez to bynajmniej w zakres innych czasopism lekarskich, którym, jako do wspólnego z nami celu zdążającym, z całego serca najlepszego życzymy powodzenia, nie odmawiając im wcale podobnego prawa skupiania sił rozdrobnionych, prawa, wypływającego ze wspólnego zadania.

Jak z ropoczęciem wydawnictwa, tak i teraz, wstępując w nowy okres, nie zapowiadamy żadnego programu. Powiodło nam się bez niego, powiedzie się, da Bóg, i nadal, skoro chęci są dobre a sił nie braknie. Wiemy z doświadczenia, że czasopismo, zdala od wszelkiego doktrynerstwa, naginać się winno i stósować do potrzeb czytelników, a potrzeby ich są zmienne, według czasu, stósunków i warunków, w których żyjemy. Jak dotąd staraliśmy się czynić zadość tym potrzebom, w miarę, jak nam na nie zwracano uwagę, tak i w przyszłości chętnie damy posłuch radom życzliwych Przeglądowi kolegów i orędowników, a idąc za wskazówką doświadczonych naszych lekarzy rządowych otworzymy nowy dział, poświęcony »Higijenie, Epidemijologii i Policyi lekarskiéj,« i uwzględniać odtąd będziemy więcéj ważne kwestyje z tego zakresu, które dotychczas dla braku miejsca i współpracowników traktowaliśmy tylko pobieżnie.

W imię Boże więc przystępujemy do dalszéj pracy, a gwiazdą naszą przewodnią będzie godło monarsze: *Viribus unitis!*

Komisyja Redakcyjna Przeglądu Lekarskiego.

Kraków dnia 1. Stycznia 1887.



I. Słówko w przedmiocie leczenia błonicy.

Napisał

Dr. Kaczorowski.

Jeżeli w tym jubileuszowym Nrze „Przeglądu Lekarskiego“ czyniąc zadosyć zaszczytnemu wezwaniu Redakcyi, śmiem także wystąpić z kilku uwagami tyczącemi się postępowania leczniczego w błonicy, przedmiotu tylokrotnie i ciągle omawianego, proszę się nie spodziewać, jakobym przychodził mając w zanadrzu jaki nowy specyfik przeciwko téj strasznéj chłoście rodu ludzkiego, albo jakobym się kusił choćby o rozbiór krytyczny podanych, dotąd tak licznych zwalczania jéj metod, o których nieuprzedzone doświadczenie zawsze ten sam niestety wydaje wyrok, że żadna z nich nie usprawiedliwia głoszonych obietnic. Zabierając głos w tak ważnéj sprawie, chciałbym tylko zwrócić uwagę, czegoby w leczeniu błonicy robić nie należało.

Według zdania mojego terapija dyfteryi od samego początku niekoniecznie odpowiedni wytknęła sobie cel, a raz wszedłszy na manowiec, pomimo rozświecających tu i owdzie wskazówek, na prostą drogę skierować się nie może. Przyczyną przeoczenia właściwéj drogi było i jest mięszanie krupu z dyfteryją, czyli dławca z błonicą krtani. Ponieważ główne niebezpieczeństwo w dławcu pochodzi z grożącego uduszeniem zwężenia krtani, rzecz oczywista, że wszystkie zabiegi lecznicze zwróciły się ku usiłowaniom rozpuszczania i wydalania ścieśniających jéj światło wysięków błoniastych. Pierwotny dławiec w kraju naszym obecnie należy do białych kruków; natomiast zagnieździły się bardzo zjadliwe epidemije błonicy (według zdania mojego płonicy bez wysypki), która początkowo rozwijając się w połyku, dość często wprawdzie zstępuje także do krtani, wywołując wtedy podobne jak w dławcu objawy. Świadomość więc tego najgroźniejszego niebezpieczeństwa zapchania krtani, skłoniła lekarzy do wytężenia również wszystkich sił, aby usunąć albo zniszczyć złogi błonicowe, pokrywające na wstępie choroby migdałki, łuki podniebienne i inne części połyku, a tém samém nie dopuścić rozszerzenia ich ku dołowi i zajęcia najważniejszego punktu strategicznego, za jaki w téj walce uważana jest krtań. Jakkolwiek anatomija patologiczna dawno już wyświeciła różnicę zachodzącą między dławcem a błonicą, jakkolwiek patologowie uznają odmienny charakter patogenetyczny obu spraw chorobowych, zapalny i septyczny, których przyczynę nawet spółczesne badania bakteryjologiczne odkryły w postaci oddzielnych, drobnych ustrojów, zdwojono jeszcze usiłowania zniszczenia przedewszystkiém pasorzytów, owe złogi błonicowe wywołujących. Za pierwszém więc ukazaniem się nalotów błonicowych w połyku próbowano je uprzątnąć, bądź środkami mechanicznémi, bądź roślinnémi, bądź też chemicznémi, których siłę rozpuszczającą po za ustrojem mierzono, a zanim jeszcze zdołano wyśledzić na pewno grzybek wywołujący błonicę, już cały zastęp leków trujących drobne ustroje wyprowadzono do walki przeciw złogom błonicowym, kierując się przeważnie taktyką, jaką zmienną powodzeń koleją wyrobiła sobie chirurgija w zabiegach antyseptycznych.

Według najnowszych wszakże badań bakteryjologicznych w błonicy nie z jednym tylko wrogiem rozprawiać się przychodzi. Nie tylko bowiem Loeffler już przed kilku laty znalazł w błonach błonicowych laseczniki, które uważał za istotną przyczynę błonicy, a obok nich mikrokoki, o których mniemał że są wyrazem zakażenia wtórnego, ale do tego samego wyniku doszli Crooke, a za nim Fraenkel i Freudenberg w błonicy towarzyszącéj płonicy z tém jeszcze wyszczególnieniem, że owe mikrokoki, zcharakteryzowane jako *streptococcus pyogenes Rosenbachi*, napotykają się wyłącznie w wszystkich narządach wewnętrznych w przebiegu płonicy zajętych, zacząwszy od nacieczonych gruczołów podszczękowych, że one nie mają swoistego związku z sprawą płonicową, ale są produktem wtórnego zakażenia, do którego usposabia zajęcie błonicowe połyku.

Z tego wszystkiego wynika więc, że w błonicy, tak samoistnéj, jak występującéj w płonicy, z dwoma mamy do czynienia zakażeniami, pierwszorzędném błonicowém, a wtórorzędném septyczném.

Pierwsze, dopóki jest ograniczone do połyku, bezpośrednio wcale choremu zagrażać nie może, chyba, że w dalszym przebiegu choroby przejdzie na drogi oddechowe, mianowicie na krtań, wywołując złowrogie zwężenie jéj światła. Ponieważ według doświadczeń Loefflera, na zwierzętach dokonywanych, przeniesienie laseczników na zdrowe błony śluzowe pozostaje bez szkodliwych następstw, a dopiero wobec uszkodzonych nabłonków wywołuje rozwój złogów błonicowych, zabiegliwość więc zmierzająca do powstrzymania dalszego szerzenia się laseczników nie powinna być skierowaną ku usunięciu albo zniszczeniu gotowych już złogów błonicowych, gdyż podobne usiłowania bez nadwerężenia ościennych, zdrowych jeszcze nabłonków żadną miarą obejść się nie mogą, ale raczéj wszystkie siły skupiać należy około ocalenia przytykających obszarów błony śluzowéj. Dom w płomieniach stojący, ile że podrzędnéj wartości, poświęcić, bo przygaszony chwilowo ogień, tak samo jak usunięte naloty, zawsze się odnawia, sąsiednie zaś cenniejsze gmachy od zajęcia się ogniem chronić należy. Wszak już dość dawno ostrzegali niektórzy autorowie przed przyżegiwaniem złogów błonicowych za pomocą środków żrących, n. p. silnych roztworów azotanu srebra, spostrzegłszy bezpośrednio potém pogorszenie całéj choroby, zrozumiałe, jeżeli się zważy, jak trudno, mianowicie u niespokojnych dzieci, w obec każdego rękoczynu w gardle, ograniczyć zastósowany środek wyłącznie do zajętego błonicą miejsca. Tymczasem wykrycie obok laseczników drugiego jeszcze nieprzyjaciela w błonicy, ustawionego po za nim w drugiéj linii, a daleko jeszcze groźniejszego od pierwszego, bo zdolnego do podminowania najważniejszych wewnętrznych narządów ustroju, powinno zwrócić baczność

obrony głównie w tę stronę walki. Hufce bowiem laseczników, groźne dopiero w dalszym pochodzie, dopóki nie zburzą pierwszego pierścienia obronnego w okopach nabłonkowych, gotowe nawet wcale nie dopuścić streptokoków do akcyi, zasłaniając sobą przystęp do twierdzy — innemi słowy, jeżeli nekroza koagulacyjna, wywołana lasecznikami, nie sięga głębiéj po za warstwę nabłonkową błony śluzowéj, zdolna do pewnego stopnia zabezpieczyć od septycznego rozkładu tkanek i dalszych téj groźnéj sprawy następstw.

Przed kilku tygodniami spostrzegałem znowu taki przypadek u 30-letniego silnego rzemieślnika, który z powodu bólu gardła z lekkiém niedomaganiem, szukając porady u lekarza cechowego, natychmiast odesłany został do zakładu Szarytek z powodu stwierdzonéj dyfteryi połyku. W rzeczy saméj zastałem na obu migdałkach, łukach podniebiennych i na języczku na zaczerwienionėm tle błon śluzowych zbitą, biało szarawą błonę szczelnie przylegającą do podstawy i tkankę łączną, gruczoły podszczękowe lekko nabrzmiałe, ciepłotę niżej 39°, zresztą żadnych zboczeń. Zaleciwszy olej rącznikowy na przeczyszczenie i rozczynu soli kuchennéj 1% z nastojem jodu 0,5%, co ¼ godziny po ½ łyżki stołowéj, znalazłem dnia następnego ciepłotę prawidłową, złogi błonicowe na migdałkach jakby trochę cieńsze, zresztą wcale niezmienione, zaczerwienienie tylko otaczających błon śluzowych trochę słabsze, naciek gruczołów podszczękowych mniejszy. Trzeciego dnia chory, czując się zupełnie zdrowym, pragnie zakład opuścić; złogi wszakże błonicowe jeszcze zajmują dawną przestrzeń i prawie niepostrzeżenie, jak topniejący pokład śniegu, stając się coraz cieńszemi, kurczyły się zwolna tak, że dopiero 7go dnia resztki ostatnie z języczka znikły, zostawiając błonę śluzową wszędzie prawidłową. Zazwyczaj jednak złogi błonicowe, tracąc swą łączność, szybko się rozpadają i barwą brudną, cuchnieniem zdradzają charakter septyczny. Okalająca błona śluzowa nabrzmiewa odczynowém zapaleniem, a w środku powstaje zgniłe owrzodzenie tém głębsze, im grubsza warstwa pod natarciem laseczników odrazu uległa martwinie. Streptococcus rozpoczął swe dzieło zniszczenia; na próżno posuwającego się daléj po różnych szlakach powstrzymują najbliższe gruczoły chłonne, on daléj nurtując w kanałach odżywczych, pustoszy wewnętrzne narządy, dopóki całego ustroju nie zburzy. Zanim to wszakże nastąpi, zbyt często pierwotne zapalenie połyku, roztaczając coraz szersze koła po rozstępującéj się od żaru gorączki, a nadto zatruwanéj posoką z wrzodów błonie śluzowéj, odkrywa obu napastnikom przystęp do dróg oddechowych, a zapchanie krtani ich wytworami odrazu ofiarę zabija.

Oto obraz kampanii, z któréj, jak wiadomo, przy zbyt gromadném uderzeniu tak jednego, jak drugiego nieprzyjaciela napadnięty ustrój rzadko wychodzi zwycięsko. Obrona przeciw mniéj licznym wrogom może mieć szansę, ale w odpornéj a niezaczepnéj taktyce. Laseczniki ugrzęzłe w złogach błonicowych zostawmy w spokoju, bo gwałtowniejsze poruszenie może je wyswobodzić ku dalszéj walce, a streptokokom przysporzyć tylko terenu. Przeciw rozsypującym się w dalszym pochodzie ku krtani lasecznikom najskuteczniejszą jeszcze kłaść będziemy zaporę, zasilając i chroniąc od jakiegobądź uszkodzenia okopy błony śluzowéj w nabłonkach, a zarazem oczyszczając nieprzerwanie całe pole walki z błąkających się tak jednych jak drugich niedobitków a ku temu celowi winno się ustawicznie zraszać cały połyk tak ku dołowi jak ku górze, jeśli się tam nieprzyjaciel ukaże, płynem ujaławiającym, niedrażniącym i wolnym od wszelkich ubocznych szkodliwości, który ze względu, że płukaniem nie dosięże głębszych części połyku, przez usta do żołądka, a w razie potrzeby przez nos podawać należy. Bardzo zbawienne, jak wiadomo, oddaje w tém zadaniu usługi rozczyn chloranu potasowego, którego działanie spotęgowali jeszcze Hejder i Focke, podawaniem po każdéj dawce równéj ilości kwasu solnego. Od czasu publikacyi dość licznych przypadków otrucia chloranem potasowym, używam od wielu lat w celu ujałowienia górnych przewodów pokarmowych wzmiankowanego już wyżéj rozczynu soli kuchennéj z jodyną i uważam tę kombinacyję za wystarczającą także w błonicy do ustawicznego oczyszczania pola chorobą zajętego, ile że używanie jéj, przez kilka nawet tygodni, żadnéj widocznéj szkody nie sprawia. Na początku choroby podaję co kwadrans ½—1 łyżki stołowéj rozczynu soli kuchennéj 1% *Tra. Jodi* 0,5% przez usta, w razie zajęcia nosa rozczyn o połowę słabszy przez nozdrza za pomocą irygatora co parę godzin łagodnie zapuszczam.

W obec odkrytych owrzodzeń błonicowych i objawów septycznych przywołać nadto trzeba do pomocy silniejsze środki przeciwgnilne, dodające zarazem ducha ustrojowi w walce z streptokokami, a do téj kategoryi leków zaliczyłbym obok czystego wyskoku leki przeciwgnilne grupy aromatycznéj, z pomiędzy których kamforze i kwasowi bedźwinowemu oddałbym pierwszeństwo.

Na tém miejscu uważam sobie za obowiązek ostrzedz przed zastosowaniem w błonicy przetworów rtęciowych, które dzięki chwilowemu powodzeniu swojemu w chirurgii, aczkolwiek opłakiwanemu już dość licznemi ofiarami, w medycynie wewnętrznéj zmartwychwstawać zaczynają. W chorobie z charakterem przeważnie septycznym, jak w błonicy, rtęć, mianowicie sublimat, aczkolwiek najdzielniejszy to jad drobnych ustrojów, ale zdolny w ludzkim ustroju wzniecić także sprawy septyczne, jako miecz obosieczny odrzucić należy, a tém więcéj w błonicy płonicowéj, gdzie z góry streptokokus dominuje.

Jeszcze na jednę rzecz, za mało dotąd uwzględnianą a wcale niepodrzędnéj wagi w terapii błonicy, śmiałbym zwrócić uwagę, t. j. na potrzebę częstych, codziennych niemal, przeczyszczań chorego za pomocą olejku rącznikowego — obfitsze bowiem wypróżnienia jelita niewątpliwie zmniejszają przekrwienie połyku, nie osłabiając tyle co upusty krwi. Przy takiém postępowaniu, do którego wlączam dopuszczanie świeżego powietrza, choćby mroźnego i pożywienie mlekiem z dodatkiem wyskoku (koniaku), rzadko spotykałem się z śmiercią; nie windykuję mu nic specyficznego, przeciwnie jestto tryb działania, jakiego się trzymam i w innych chorobach zakaźnych, upatrując główne zadanie lekarza w popieraniu odporności ustroju przeciwko najezdnikom, przeciwko którym z małémi wyjątkami nie posiadamy jeszcze zaczepnéj broni.

II. Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

Kiła, w całém znaczeniu słowa przewłoczna choroba, może trwać kilka lub kilkanaście lat, jak bardzo liczne spostrzeżenia dowodzą, a kilkodziesięcioletnie jéj trwanie nie należy również do wyjątkowych zdarzeń. Zazwyczaj po

objawach wczesnéj kiły, szczególnie gdy odpowiednio chorobę leczono, znikają raz na zawsze objawy zakażenia i takie przypadki, w których zakażenie przez kilka lat nie objawia się żadnemi przypadłościami chorobowemi, uważamy jako kiłę wyleczoną. W innych przypadkach, a te stanowią poważną co do cyfry mniejszość, nie kończy się kiła objawami wczesnego okresu zakażenia ale przechodzi w tak zwaną dawniéj trzeciorzędną czyli późną kiłę, która wyjątkowo istnieć może równocześnie z objawami zaliczonemi do okresu wczesnéj kiły albo co częściéj się zdarza, objawy późnéj kiły występują po krótszéj lub dłuższéj przerwie, wśród któréj nie było żadnych oznak zakażenia kiłowego. Przerwa ta, jak powiedziałem, bywa niekiedy bardzo długa, bo może trwać 20, 30, 40 a nawet 50 lat, wyjątkowo zaś zdarza się, iż pewne objawy trwają bez przerwy kilkadziesiąt lat i właśnie dla swéj rzadkości przytoczę przypadek kiły, w którym zakażenie kiłowe trwało lat 64 a bez przerwy lat 30 utrzymywały się objawy późnéj kiły.

Nie wszyscy jednak syfilidologowie wierzą w jéj kilkodziesięcioletnie trwanie i tak np. Zeissl omawiając kiłę guzkową (*syphilis tuberculosa*), któréj dwa przypadki opiszę mówi: „Według podania starszych i nowszych syfilidologów, ma wbrew oczekiwaniu pojawiać się guzkowa wysypka w 30—40 lat od chwili pierwotnego zakażenia, mimo, że kiłę odpowiednio leczono i jéj wczesne objawy wyleczono i przez wiele lat żadnych objawów kiły nie było. Gdyby tego rodzaju przypadki nie polegały na błędnéj obserwacyi, trzebaby chyba co do wyleczenia kiły podzielić zapatrywanie Vidusa Vidiusa, które tenże wypowiedział w słowach: „*Magis inducias facit is morbus quam pacem*“.

Inni autorowie jak Fournier, Mauriac, Diday, Jullien, Otis, Rumstead, Taylor, Morrow, Bäumler, Lany itd., że wspomnę o autorach najnowszych dzieł o kile, wyznają, że długość trwania kiłowego zakażenia nie da się oznaczyć, tém samém twierdzą, że po kilkunastu i kilkudziesięciu latach od chwili pierwotnego zakażenia, objawy późnéj kiły występować mogą. Odnośnie do kiły guzkowéj podaje Jullien, że na 219 przypadków późnéj kiły spostrzegał ją, t. j. guzkową, 58 razy a w jednym przypadku po 41 latach po pierwotném owrzodzeniu.

Wiadomo, że wysypka guzkowa ma zwykle przebieg chroniczny, że powoli się rozwija a nawet leczona zwolna ustępuje, gdy, co się często zdarza, równocześnie w innych miejscach świeże guzki wykwitać mogą; a jakkolwiek przewłoczny przebieg wysypki guzkowéj należy do częstych znamion, przecież do wyjątków zalicza się przypadek opisany przez Bassereaua, w którym wysypka guzkowa trwała lat dziesięć. Gdy tak się rzeczy mają, zasługuje, jak sądzę, na opisanie przypadek, w którym zmiany na skórze bez przerwy 30 lat się utrzymywały.

Znaném jest twierdzenie przeciwników używania rtęci w kile, że dzielny ten lek jest przyczyną późnéj kiły. Dzisiaj wiemy z pewnością, że to zapatrywanie jest błędne i że objawy późnéj kiły nie mają nic wspólnego z przewłoczném zatruciem rtęcią a statystyka wykazuje, że zmiany późnéj kiły, a szczególnie wysypka guzkowa rzadziéj pojawiają się u leczonych rtęcią (25 na 100), częściéj u nieleczonych (30 na 100 Jullien). Że wysypka guzkowa nie jest następstwem przesycenia ustroju rtęcią u kiłą dotkniętego, udowadnia przypadek, którego opis w krótkości podaję, a w którym późne zmiany kiłowe wystąpiły w 31 lat po pierwotnym objawie kiły. Przypadek dotyczy chorego, leczonego przezemnie w bieżącym roku, lat 59 liczącego, który w 28 r. życia miał wrzód na wewnętrznéj powierzchni napletka. Wrzodu chory nie leczył, ale utrzymywał tylko w największéj czystości ranę i mimo zajęcia gruczołów w obu pachwinach nie zasięgał rady lekarskiéj z obawy, aby go rtęcią nie leczono. Przez lat 27 od chwili zagojenia wrzodu nie spostrzegł żadnych zmian, któreby do zakażenia mógł odnieść, a w każdym razie nie go przez cały czas nie zmuszało do zasięgania pomocy lekarskiéj. Dopiero przed 4 laty wytworzyła się wysypka guzkowa wrzodząca na skórze goleni lewéj, która nieleczona swoistemi środkami pozostawiła charakterystyczne w gromadce ułożone blizny. Po zagojeniu wrzodzików na goleni, jak chory nazywa wysypkę, powstały podobne wyrzuty na wewnętrznéj powierzchni uda prawego, które równie jak poprzednie leczył tylko miejscowo środkami obojętnemi. Częściowo goiły się wrzodziki, ale równocześnie powstawały w otoczeniu nowe a w chwili pierwszego badania chorego (2 lipca r. b.) stwierdziłem oprócz licznych blizn świeżych i starszych liczne kilaki w skórze rozmaitéj wielkości od małego grochu do laskowego orzecha i w rozmaitych okresach rozwoju w gromadce ułożone i zajmujące (uważając połowę długości uda jako środek nacieku) wewnętrzną powierzchnię uda na przestrzeni 12 ctm. długiéj a 10 ctm. szerokiéj. W środku nacieku były przeważnie blizny, a w obwodzie przeważnie znajdowały się rozpadłe, rozpadające się i nierozpadłe jeszcze guzki. Prócz tego skóra całego wzgórka łonowego i części międzykrocza włosami porosłéj aż do fałdów rzyci, jakoteż skóra moszen była znacznie zgrubiała, jednostajnie nacieknła ciemno-czerwonéj barwy, o powierzchni nierównéj, łuszczącéj się, a na brzegu wzgórka łonowego graniczącego ze zdrową skórą brzucha, rozpoznać można było guzki nierozpadające się (*Syphilide tuberculeuse résolutive*), z których naciek opisany powstał.

Zresztą nigdzie i żadnych objawów ani istniejącéj ani przybytéj kiły nie odnalazłem, chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony, zawsze cieszy się dobrém zdrowiem, gruczoły limfatyczne niezmienione, a nawet w pachwinie prawéj niepowiększone. Stan wewnętrznych narządów nie przedstawia żadnych widocznych zboczeń. Uwiadomiwszy chorego o jakości choroby, widząc nieprzezwyciężony wstręt do leczenia rtęcią, zaleciłem jodek potasu wewnętrznie i miejscowo plaster rtęciowy a co było do przewidzenia, zmiany bardzo szybko ustępowały, tak że 27 lipca, więc po 25 dniach leczenia, pozostało na wzgórku łonowym zabarwienie ciemniejsze nienacieklej skóry, a owrzodzenia na udzie były zupełnie zabliźnione. Przypadek opisany podałem jedynie dla stwierdzenia, że u nieleczonych rtęcią może powstać wysypka guzkowa, kiła, że więc późna kiła nie jest następstwem, jak to dawniéj twierdzono, przesycenia ustroju kiłowego rtęcią, któréj chory nigdy nie używał. W przypadku powyższym, mimo 31 lat istniejącego zakażenia, stan ogólny nie do życzenia nie pozostawiał i kiła nieleczona charlactwa nie sprowadziła. (Dok. n.)

III. O leczeniu krzywicy (*rachitis*).

Skreślił
Dr. Władysław baron Lesser,
docent chirurgii w Lipsku.

O ile prawdziwy powód powstawania krzywicy do dziś dnia nie jest znany, o tyle wiemy, że bez wątpienia niewła-

ściwy sposób pożywienia w pierwszych latach dziecięctwa, mianowicie w pierwszym roku życia przyczynia się głównie do wywiązania choroby. Również wiemy, że krzywica prawie zawsze zaczyna się od nieżytu żołądka i kiszek, że w dalszym ciągu rozwija się ogólny stan niedokrewności, po którym następują dopiero zmiany w kościach. I te ostatnie najsamprzód nacechowane są bolesnością okostny głównie przy nacisku. Potém wytwarzają się zgrubienia kości w zakresie chrząstki między epifyzą i dyjafyzą, a wreszcie zgięcia, po większéj części powstające przez zwiększenie wadliwe skręcenia *(torsio)*, które na wszystkich podłużnych kościach napotkać można w stanie prawidłowym. Ale i prawdziwe złamania i nadłamania lub nadgniecenia miękkich kości mogą sprawiać zmiany w kształcie odnóg. Krzywicę spotykamy głównie w wielkich miastach. Zdaje się jednakże, że narody anglogermańskie więcéj jéj są poddane niż słowiańskie i inne.

Leczenie krzywicy okazuje nam wiele sprzeczności. Najsamprzód co do pożywienia, jedni obstają za pożywieniem mlecznem, za pokarmami roślinnemi, uważając mięsny pokarm za niestosowny. Inni znowu radzą jak najwcześniéj podawać mięso, jaja, bulijon, wino itd.

Według mego doświadczenia, w wielkich miastach przyczyną powstawania krzywicy jest zbyt długi okres podawania mleka jako pokarmu, bądźto niezbyt dobrego mleka krowiego, bądźteż wyłącznego przez zbyt długie trzymanie dzieci przy piersi. Dłużéj niż do trzeciego kwartału życia nie należy w naszych dużych miastach podawać mleka jako wyłączny pokarm. Im wątlejszy ustrój tém łatwiéj rozwinie się wtedy krzywica. Od 8go do 10go miesiąca życia trzeba dzieci przyzwyczajać do pokarmu mięsnego, do mięsa, jaj itd. Nawet od 5go miesiąca życia zalecam nieraz rozpoczynać taki sposób żywienia, aby zapobiedz dalszemu rozwinięciu się krzywicy. Postępując według powyższych zasad osiągam jak najlepsze wyniki.

W przeważnéj liczbie przypadków krzywicy można dowieść, że dzieci żywiono wyłącznie mlekiem do 4go lub 5go kwartału. Powodem jest po części brak lepszego pojęcia o żywieniu dzieci, względna taniość mlecznego pokarmu lub dążność matek, aby przez długie podawanie piersi zapobiedz nowéj ciąży.

Skrzywienie i miękkość kości jako ważny objaw krzywicy uważano za skutek albo niedostatecznego przyswajania, albo téż zbyt obfitego wydzielania soli wapniowych z ustroju. Sole wapniowe jako środek leczniczy w krzywicy mają bez wątpienia wielką doniosłość, lecz nie w pierwszych okresach krzywicy, gdzie zmiany w kościach jeszcze niewydatne i gdzie przeważają zaburzenia w odżywianiu i trawieniu. Mały lub ujemny skutek soli wapniowych w tym okresie przypisywano ich nierozpuszczalności. Starano się zastąpić sole wapniowe innémi środkami, przedewszystkiém kwasem mlekowym. W najnowszym czasie z wielkim zapałem i rozgłosem zachwalanym bywa fosfor ze względu na świetne wyniki leczenia nim krzywicy. Obok owych „świetnych“ wyników nie brak ujemnych spostrzeżeń ze strony klinicystów, którzy bezstronnie, spokojnie i w prawdziwie naukowy sposób opisali osiągnięte wyniki lecznicze przy podawaniu fosforu. Dla tego téż osobiście nie miałem chęci przepisywać fosforu, tém bardziéj, że przypadkiem nadarzył mi się lek zalecony przez pewnego lekarza z Alzacyi w *Gazette méd. de Strassbourg* przed dziesięciu laty, który od tego czasu tak pewne prawie niemylne i piękne daje mi wyniki lecznicze, że pragnąłbym zwrócić uwagę szerszych kół na ową mięszaninę, o któréj sam autor ówczesny wspomina, że bezwątpienia nie jest przykładną ze względu na skład chemiczny, ale że jest świetnym środkiem w pierwszych okresach krzywicy. Mięszanina owa według alzackiego przepisu ma skład:

Rp. *Trae Rhei vinos. 20·0*
Kali acet. sol. 10·0
Vini stib. 5·0
DS. po 8 do 10 kropli 3 razy dnia przez trzy dni, potém po 11 kropli 3 razy dnia przez 3 dni i tak daléj stopniowo zwiększając liczbę kropel aż do 20u 3 razy dziennie.

Przekonałem się, że zupełnie z tym samym skutkiem można dawać: przez I. tydzień 8 do 10 kropli 3 razy dziennie, przez II. tydzień 12 kr. trzy razy dziennie, III tydzień 15 kr. trzy razy dziennie, IV tydzień 18 kr. trzy razy dziennie, V. i VI. tydzień 20 kr. trzy razy dziennie na kawałku cukru. Młodszym dzieciom przepisywać należy mniejsze dawki. Już po upływie pierwszego tygodnia apetyt, po większéj części bardzo przedtém słaby, znacznie się polepsza, również cera dziecka i humor. Apatyja ogólna znika, dziecko zaczyna się samodzielnie podnosić, bolesność okostny ustaje. Po czwartym tygodniu polepszenie zdrowia bywa tak znakomite, że często już można zastąpić ową *mixturam antirachiticam* solami wapniowemi. Przepisuję zwykle:

Rp. *Calc. carb.*
Calc. phosphor. āā 100·0
DS. 3 lub 4 razy dziennie pół lub całą łyżeczkę, mięszając proszek z mlekiem lub z kawą białą. Obecnie podawanie soli wapniowych nie psuje wyśmienitego apetytu i nie sprawia zaparcia stolca u dziecka. Dzieci ze smakiem jedzą mięso surowe skrobane z jajem, w ogóle chętnie przyjmują potrawy, tak jak dorośli i piją chętnie wino. W ciężkich przypadkach trzeba podawać ową *mixturam antirachiticam* nietylko przez cztery tygodnie, ale nawet przez sześć tygodni. Powyższe wyniki polegają na doświadczeniach zebranych na mniéj więcéj sześciuset dzieciach cierpiących na krzywicę w pierwszych okresach choroby.

W jaki sposób działa owa *mixtura antirachitica* tego nie wiemy pewnie. Może że *rheum* wpływa korzystnie na wydzielanie żółci i przyczynia się do usunięcia nieżytu żołądka i kiszek, który tak wybitnie cechuje początki rozwijającéj się krzywicy. Ważniejszą rolę odgrywa niewątpliwie według mego przekonania *Kali aceticum*. Przyswajanie soli wapniowych w ustroju zależy pośrednio od odpowiedniéj ilości soli alkaliczněj czyli od odpowiedniego stosunku sodu i potasu, które w pokarmach podajemy, jak to dowodzą klasyczne prace Bungego. Ale i antymon już od dawna znanym jest jako środek skuteczny w krzywicy i w zolzach. Wywiera on odpowiedni wpływ, jak to twierdzą w najnowszych czasach o arszeniku i fosforze. Arszenikowi przypisano nawet szczególny wpływ na wyleczalność gruźlicy miejscowéj, mianowicie gruźlicy w kościach. Przekonałem się z przebiegu licznych przypadków, szczegółowo opisanych i dowiodłem w odczycie w Towarzystwie lekarskiém w Lipsku, że arszenik na ogólny stan zdrowia może wpłynąć korzystnie w niektórych przypadkach. Ale że wpływ bywa zwykle krótkotrwały i niestały, gdy tymczasem sprawy gruźlicze miejscowe wcale a wcale nie zmieniają się pod wpływem arszeniku. Co się tyczy fosforu, to osobistych o nim poglądów nie posiadam co do leczenia krzywicy. Wolę go zawsze zastąpić antymonem, który nie tak łatwo działa trująco jak fosfor.

Wartoby wypróbować wpływ każdego środka z osobna wchodzącego w skład mięszaniny, którą powyżéj podałem. Pozostawiam to innym. Chciałem tylko udzielić kolegom do-

świadczenia zebrane przy używaniu owéj mięszaniny, aby zachęcić do dalszych prób, które, jak się spodziewam, nie będą daremnemi.

IV. Przyczynek do kazuistyki połowiczego widzenia skroniowego (*Hemionopia temporalis*).

Podał

Dr. Konrad Rumszewicz.

Gdy prawą lub lewą hemianopiję (widzenie połowicze) stosunkowo często się spostrzega, to hemianopija skroniowa o wiele jest rzadszą. W literaturze znajdujemy też dokładniejszą wzmiankę zaledwie o 33 przypadkach. Graefe już w r. 1856 mówi (*Arch. f. Ophthalm. II. 2*, str. 286), że przypadki skroniowego widzenia połowiczego nie często napotykał, dodając zarazem, że widząca połowa pola widzenia nigdy nie była oddzieloną od ślepéj równie wyraźnie, jak to ma miejsce w przypadkach jednostronnéj połowiczości. Förster z pomiędzy 30 przypadków połowiczego widzenia znalazł w 23 jednostronne (*h. homonyma)*, skroniowe zaś w 7, co stanowiłoby 23% wszystkich przypadków widzenia połowiczego. Mauthner przeciwnie utrzymuje, że połowicze widzenie skroniowe stanowi tylko 1% a nadto, że sam nigdy nie widział przypadku, który mógłby uznać za prawdziwe połowicze widzenie skroniowe. W dziele swém: *Hirn und Auge* (str. 373) zebrał on poprzednio ogłoszone przypadki, których liczba wynosiła wtedy 24. Właściwie z liczby téj należy strącić 2 przypadki Schöna, z których w jednym był właściwie brak obu dolnych połów, w drugim zaś brakowało w jedném oku trzech wycinków pola widzenia, w drugiém oku było zwyrodnienie jaskrowe. Strącił je też słusznie Mauthner, przystępując do ogólnéj charakterystyki cierpienia. Mauthner a zgodnie z nim Baer (*Ueber Gesichtsfeldmessung u. deren allgem. diagn. Bedeutung. Volkmanns Vorträge. 1885 Nr. 246.*) trafną czynią uwagę, że wszystkim przypadkom zbywa bardzo na jednostajności obrazu klinicznego. Mianowicie widzimy początkowo tylko braki środkowe (*scotoma centrale*), lub téż od początku samego albo w krótkim czasie powstaje ślepota jedno lub nawet obustronna i tylko w pewnym okresie spostrzega się brak obu zewnetrznych połów pól widzenia. Nadto brak ten nigdy nie stosuje się do linii granicznéj, jakoteż do punktu naośnie widzianego równie ściśle, jak to zwykle spostrzegamy w przypadkach prawego lub lewego widzenia połowiczego. Bystrość wzroku nigdy nie wynosiła $^{20}/_{20}$, braki bywały niezupełne lub przeciwnie zajmowały także pewną część wewnętrznych połów. Zjawisko to zawdzięczać może powstawanie swoje wpływom czynnym bynajmniéj nie w ośrodkach wzrokowych, lecz li tylko w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, jak nowotwory, narośle kostne, kilakowe lub inne, zapalenie opony twardéj wywierające ucisk w obrębie przedniego albo tylnego kąta skrzyżowania lub téż w kierunku strzałkowym na środek skrzyżowania.

Prócz 22 przypadków, wspomnianych przez Mauthnera i Baera, znalazłem w literaturze jeszcze 12 innych, lecz są one do poprzedzających o tyle zbliżone, że poglądu na rzecz samą bynajmniéj nie zmieniają. Na wzmiankę zasługują przypadki Steinheima (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1881. August*) i Oppenheima (*Virchows Archiv. 1886. Bd. 104*). Pierwszy z powodu, że powstanie widzenia połowiczego łatwo w ten sposób wytłumaczyć się dawało, iż w jamie ustnéj i nosowéj znajdował się nowotwór, który mógł łatwo przejść na podstawę czaszki i wywołać zapalenie opony twardéj w okolicy środkowéj części skrzyżowania. W przypadku Oppenheima, u 31-letniéj kobiety, żony dotkniętego kiłą, wśród objawów mózgowych i moczówki, powstało w obu oczach połowicze widzenie skroniowe, wprawdzie niezupełne i ze ścieśnieniem nadto nosowych połów pola. Przy użyciu jodu, zjawisko ustąpiło w ciągu kilku dni, wkrótce jednak znowu powróciło, chociaż granice nieczułych połów ciągłym ulegały zmianom. Tarcze nerwów wzrokowych były cokolwiek bledsze. Przy sekcyi znaleziono utwór kilakowy, wychodzący z opony miękiéj, a zajmujący przeważnie środek skrzyżowania. Zmienność granic nieczułych części pól widzenia tłumaczy Oppenheim niejednostajném napełnieniem licznych bardzo w nowotworze naczyń. Jestto czwarty przypadek sekcyi wykonanéj w przypadku połowiczego widzenia skroniowego. Z innych trzech znaleziono w dwóch (przypadki D. E. Müllera (*Arch. f. Ophtalm. VIII, str. 160*) i Rossa (*Brit. med. Journal I. str. 852*) zwyrodnienie przysadki mózgowéj, w jednym Saemischa (*Klinische Monatbl. f. Augenh 3 Jahrg. str. 51*) narośl pomiędzy łodygami nerwów wzrokowych, ku przodowi skrzyżowania położoną. Gdy więc podane dotychczas przypadki co do prawidłowości i jednostajności zjawisk znacznie się różnią od opisów jednostronnego widzenia połowiczego (*Hemianopia homonyma*) uważam, iż nie od rzeczy będzie podać tu dwa własne spostrzeżenia.

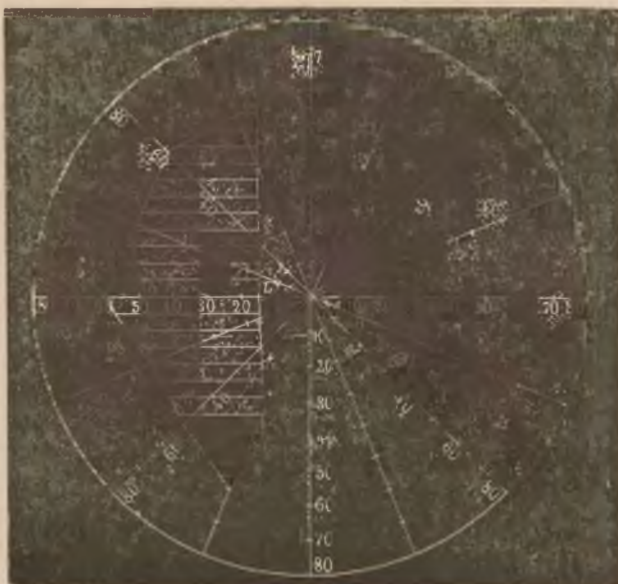
1) Przed 10 laty zdarzyło mi się widzieć przypadek połowiczego widzenia skroniowego, w którym, chociaż nie badano za pomocą perymetru, nie ulegało przecież wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z połowiczém widzeniem skroniowém równie typowém, jak jednostronne. Obserwując chorego przez dwa miesiące, nie dostrzegłem żadnéj zmiany w zjawiskach. Przy $V = ^{20}/_{20}$, nie dostawało obu połów skroniowych pól widzenia, linija zaś graniczna miała kierunek pionowy, przechodząc zarazem przez punkty naośnie widziane. Badanie wziernikowe dowiodło zblednięcia tarcz obu nerwów wzrokowych. Następnie chory znikł mi z oczu i już go więcej nie widziałem. Byłto mężczyzna trzydziestokilkoletni, cierpiał niegdyś na kiłę. Innych szczegółów nie zanotowałem.

2) 58-letni mężczyzna średniéj budowy, życia bardzo niewstrzemięźliwego, zasięgał po raz pierwszy méj rady w połowie stycznia roku 1883. Wywiady wykazały, że przed 5-ciu laty cierpiał na kiłę, którą leczono wcieraniami szaruchy, późniéj sublimatem i jodkiem potasu. W jesieni r. 1881 zauważył, że ilość moczu znacznie się zwiększyła. W listopadzie roku 1882, po jednéj ze zwykłych hulatyk, znaleziono go zrana w stanie nieprzytomnym, trzy razy miał wymioty. Po zadaniu ostrego leku przeczyszczającego odzyskał zupełną przytomność, swobodnie wstał z łóżka, nie czując bynajmniéj osłabienia w odnogach, zarówno dolnych jak górnych; silny ból głowy trwał przeszło dobę. Utrzymywał też iż jakkolwiek dawniéj często widział jakby za mgłą przedmioty znajdujące się z boku, przecież po owéj nocy o wiele się to częściéj zdarzało, a chód z powodu téj mgły tak dalece był niepewnym, że chory od tego czasu nie rozstawał się z laską, chociaż w pobliżu mógł swobodnie poznawać przez okulary przedmioty najdrobniejsze. Objawy te utrzymywały się bez zmiany przez następne trzy miesiące. Badając chorego znalazłem: nadmiarowość + 2 D w obu oczach, $v = ^{20}/_{20}$. Wynik badania za pomocą pe-

rymetru uwidoczniłem na fig. 1. Miejsca kratkowane oznaczają utrzymane części pola widzenia. Widzimy, że linija

Fig. 1.





graniczna, przechodząc przez punkt naośnie widziany a położony o 15° ku wewnątrz od środku obrotu perymetru w którym punkt ciemny (*p. coecum*) się znajdował, miała kierunek z obu stron pionowy i tylko w prawém polu ku dołowi, w lewém zaś ku górze nieznacznie od tego kierunku odstępowała. Części kratkowane pól widzenia były zupełnie prawidłowe przy badaniu za pomocą białych jakoteż zabarwionych przedmiotów, pozostałe zaś części siatkówki zupełnie były nieczułe. Badanie za pomocą wziernika nie wykazało żadnych zmian w tarczach nerwów wzrokowych, zresztą z pomiędzy 33 przypadków skroniowego widzenia połowiczego zmiany w tarczy 10 razy tylko zauważano, mianowicie w przypadkach Förstera (*Graefe u. Saemisch* T. VII. str. 116), Hirschberga (*Beitr. zur prakt. Augenheilkunde. Heft. 3*, str. 16, 1878), Jany (*Centralbl. f. prakt. Augenh*, April 1879), Langa (*Ibid.* Juli 1880), Rossa (l. c), Treitela (*Arch. f. Augenheilk.* X. str. 460), Gnautha, (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 39), Beguea (*Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts.* 1885 Nr. 1), Oppenheima (l. c.) i w moim pierwszym. Rozpoznanie: guz, prawdopodobnie kilak w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Badanie moczu nie wykazało żadnych zmian, prócz znacznie zwiększonéj jego ilości w ciągu doby. Zaleciłem dwujodek rtęci z jodkiem potasu.

Siódmego Marca, badając pola widzenia, znalazłem w każdéj skroniowéj połowie miejsce sprawne. W prawém polu miejsce to miało kształt nieprawidłowego czworoboku położonego przeważnie w górnym i zewnętrznym odcinku, w kierunku ukośnym z góry ku dołowi i ku zewnątrz i tylko dolny kąt jego położony był niżéj równika. W lewém polu widzenia miejsce sprawne cokolwiek było większe, miało kształt półksiężyca, położonego w kierunku mniéj więcéj pionowym, z różkami zwróconemi ku linii granicznéj; równik dzielił go na 2 połowy: mniejszą górną i większą dolną. Czynne miejsca wśród braków oznaczyłem na fig. 1 liniją— / — / — /. W cztery tygodnie późniéj linija graniczna tworzyła w obu polach jakby łuki niezupełnie zresztą regularne, zwrócone wypukłością ku zewnątrz a położone już w skroniowéj połowie. Największa ich odległość od punktów Mariotta przypadających na obrocie perymetru wynosiła w prawém oku 10°, w lewém 15°. Oba miejsca sprawne w skroniowych połowach również znacznie się zwiększyły. W prawém polu miejsce to miało kształt półksiężyca, długości 120°, szerokości w środku (na równiku) 30°, oddalone w tém miejscu od linii granicznéj o 20°; w dolnéj połowie odległość ta prawie w dwójnasób większą była. W lewém oku miejsce czynne w skroniowéj połowie miało długości 84°, największéj szerokości (na równiku) 32°, odległość od linii granicznéj wynosiła tylko 5°. Badanie moczu wykazało w nim dość znaczną ilość cukru. Ostatni raz widziałem chorego w połowie czerwca r. b. Sprawność skroniowych połów pól widzenia o tyle była przywróconą, że w prawém oku w kierunku równika granica zewnętrzna była odsuniętą od *M* o 72°, w lewém — o 55°, tylko w dolnych i zewnętrznych odcinkach znalazłem przerwy kształtu jajowatego położone ukośnie, w prawém oku większą, w lewém mniejszą. Dłuższa oś pierwszéj wynosiła 30°, drugiéj 20°, nie były one zresztą bezwzględne. (Fig. 2).

Fig. 2.





Tak więc w miejsce zupełnego połowiczego widzenia skroniowego pozostały tylko ścieśnienia obwodowe obu pól widzenia w częściach skroniowych i nieznaczne braki w obu dolnych i zewnętrznych odcinkach. Przed miesiącem chory zmarł — obdukcyi zwlok nie dokonano. Od lekarzy dowiedziałem się, że od początku sierpnia ilość cukru w moczu ciągle się zwiększała, w połowie października równocześnie powstały obszerne zgorzele skóry na obu dolnych odnogach, jednakże wzrok był dobry do końca.

Co do prawidłowości zjawisk przypadek ten najzupełniéj przypomina przypadki prawego lub lewego widzenia połowiczego: prawidłowe widzenie, naośne, pionowa linija graniczna, przechodząca nadto ściśle przez punkt naośnie widziany. Na jedną jeszcze okoliczność chcę tu zwrócić uwagę, mianowicie na nieprawidłowość wydzielania moczu. Wzmiankę o têm napotykamy naprzód w przypadku Graefego (l. c.), w którym moczówka przyłączyła się późniéj dopiéro. Podaje ją też w swych przypadkach del Monte, (*Osservazione e note cliniche Napoli* 1871, str. 77), Brecht (*Graefe u. Saemisch.* V str. 938), i Oppenheim (l. c.). W ostatnim przypadku i u del Montego spostrzegano moczówkę równocześnie ze skroniowém widzeniem połowiczém, w przypadku Graefego późniéj dopiéro, w moim zaś drugim przypadku chory na moczówkę dawniéj prawdopodobnie cierpiał. Już podczas obserwacyi przeistoczyła się ona w cukrzycę, która następnie sprowadziła śmierć chorego. Tak więc z pomiędzy 35 przypadków skroniowego widzenia połowiczego, spostrzegano moczówkę w 5. Okoliczność ta zasługuje bądź co bądź na uwagę, têm bardziéj że przeglądając o wiele liczniejsze przypadki prawego lub lewego widzenia połowiczego wzmiankę o moczówce trzy razy tylko znajdujemy.

V. Przyczynek do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych.

(Podług wykładu mianego na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie).

Podał

Dr. Rydygier.

Pomiędzy dość licznemi przypadkami przetok pęcherzowo-pochwowych leczonych przezemnie drogą operacyjną niejedna przedstawiała znaczne trudności: dwie nawet były tego rodzaju, iż do ich zamknięcia zupełnie nie wystarczył zwykły sposób Simona i zmuszony byłem obmyśleć nowy sposób postępowania. O dwu tych przypadkach wspomnieć zamierzam obszerniéj i opisać, w jaki sposób ostatecznie w nich dobry wynik osiągnąłem. Zanim atoli do tego przystąpię, wspomnę mimochodem w krótkich słowach o kilku dotychczas wątpliwych zagadnieniach dotyczących przetok pęcherzowo-pochwowych, przez co może przyczynię się do ich rozwiązania.

Nasamprzód nasuwa mi się pytanie, jak należy przetoki pęcherzowo-pochwowe zaszywać, czyli innemi słowy, czy do tego celu wystarczają sposoby najprostsze, jakim jest sposób Simona, czy też potrzebne są i lepsze sposoby skomplikowane np. sposób Bozemana, wymagający osobnego stołu operacyjnego i osobnych a licznych narzędzi. Pytanie to z tego względu jest ważne, iż w ostatnim razie jedynie właściwym specyjalistom operacyje przetok pęcherzowo-pochwowych pozostawićby wypadało, co zapewne nie byłoby pożądaném. Wprawdzie już Simon i Bozeman stoczyli sami walkę naukową bardzo pouczającą o wyższość swych sposobów, lecz zdania dotychczas nie są jeszcze zgodne; Bozeman znalazł pomiędzy wiedeńskimi operatorami licznych zwolenników (Braun, Dittel, Bandl i inni), a zastęp zwolenników Simona niemniej jest liczny.

W przeciągu ostatnich lat 8 operowałem 21 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych rozmaitego rodzaju. Wszystkie chore opuściły mój zakład wyleczone oprócz jednéj, którą wypuścić musiałem przed ukończeniem leczenia, gdyż dostała obłędu. Ponieważ wyleczenie przetoki u téj choréj nie przedstawiało żadnych trudności, sądzę więc, że i w tym przypadku niewątpliwie byłbym doszedł do zadowalającego wyniku. Prawie wszystkie te przetoki leczyłem sposobem Simona; ponieważ zaś z pośród nich niejeden przypadek wydawał się bardzo trudnym, mogłem więc przekonać się naocznie, że i trudne przetoki pęcherzowo-pochwowe tym sposobem wyleczyć można bez użycia jakichkolwiek skomplikowanych narzędzi. Chorą znieczuloną układam na grzbiet z uniesionym krzyżem i przyciągniętemi nogami (*Steiss-Rükkenlage*). Brzegi przetoki okrwawiam za pomocą noża w kształcie lejka, nie wiele troszcząc się o to, czy błonę śluzową pęcherza naruszę; przetokę zaszywam jedwabiem. Po operacyi, jeśli można, nic czyniąc nic, wyczekuję skutku, a to, stósując się do zdania Simona, który zaleca takie, o ile możności obojętne, leczenie następowe.

Ze sposobu Bozemana uważam za najlepszą część jego postępowanie przygotowawcze. Za wielką mu policzyć możemy zasługę, że pouczył nas, jak można blizny w pochwie powoli rozszerzyć i brzegi przetoki i ich otoczenie rozluźnić. Nieraz korzystałem z tych jego wskazówek i to z wybornym skutkiem. Natomiast sposób szycia Bozemana wydaje mi się niekorzystnym, gdyż właśnie w chwili najważniejszéj, podczas zaciągania węzła, zakrywa płyta ołowiana przytykające okrwawione brzegi.

Inną wątpliwość, która wprawdzie nie dotyczy leczenia, lecz sposobu powstawania przetok pęcherzowo pochwowych, spotykamy w pytaniu, jaką jest ich przyczyna. W dwóch najnowszych dziełach o tym przedmiocie: Schroedera i Winckla czytamy wręcz przeciwne zdania. Schroeder, uważa za częstszą przyczynę ucisk płodu podczas porodu, Winckel zaś sądzi, że częściéj narzędzia położnicze sprawiają przetoki. W moich 21 przypadkach raz tylko narzędzie niewątpliwie obwinić mogłem; a to we wspomnianym już przypadku niewyleczonym, w którym przegroda pęcherzowo-pochwowa w kształcie trójkąta wyraźnie była zdarta. W kilku przypadkach przyczyna była wątpliwą; w 12 należało obwiniać ucisk płodu. Zupełne rozstrzygnięcie tego pytania zapewne nie tak prędko nastąpi, bo we wszystkich przypadkach, w których po 2—3 dniach narzędzi położniczych użyto, posądzić można według upodobania jużto ucisk płodu, jużteżto owe narzę-dzia o wywołanie przetoki. Spostrzeżenie atoli, które nasunęło mi się w czasie obecnego Zjazdu, zdaje się stanowczo za têm przemawiać że w przeważnéj ilości przypadków, ucisk płodu bywa przyczyną przetok pęcherzowo-pochwowych. W rozmowach potocznych ze znajomymi, jak Czernym, Schroederem i innymi, którzy w ogóle rozporządzają znacznie liczniejszym materyjałem niż ja, uderzyło mię, iż właśnie przetoki pęcherzowo-pochwowe należą do rzadszych zjawisk. Objaw, że we wschodnich prowincyjach, z których chorzy mnie dochodzą, przetoki liczniéj się pojawiają, tłumaczę sobie têm, że z powodu gorszych środków komunikacyjnych

i większych odległości siedzib lekarskich o wiele później lekarze tu do porodu przybywają niż gdzieindziéj. W wielu z moich przypadków poród przeciągał się przez 2—3 dni a nawet i dłużéj. Prócz tego prawie wszystkie chore z wyjątkiem 2 lub 3 należały do klasy roboczéj, która wcale nie jest pochopną do rychłego wezwania pomocy lekarskiéj. Na podobne stosunki zwraca uwagę Matlakowski w niedawno ogłoszonéj pracy: w przeciągu 3½ roku operował on 36 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych. Podobnie wyrażali się także Neugebauer i Jarnatowski.

Wreszcie wspomnę o jeszcze jedném sprzecznem zdaniu pomiędzy Schroederem a Wincklem, odnoszącém się do płodności kobiet z przetoką pęcherzowo-pochwową. Schroeder twierdzi, że zapłodnieniu przeszkadzają więcéj choroby macicy i innych przyrządów rodnych, równocześnie z przetoką istniejące, niż sama przetoka. W tym względzie staję po stronie Winckla. Zdarzają się wprawdzie przypadki zapłodnienia mimo istniejącéj przetoki, lecz sąto tylko nader rzadkie wyjątki. Za to nierzadko spostrzegano, że po wyleczeniu przetoki ciąża nastąpiła, mimo że stosunków macicznych wcale nie starano się zmienić i to często w takich razach, w których przez lata podczas istnienia przetoki chora była niepłodną. Z chorych przezemnie leczonych, po nabyciu przetoki żadna nie zaszła w ciążę, u jednéj można było dowodnie wykazać, że do tego przyczyniał się szkodliwy wpływ przetoki jako taki, nie zaś zmiany maciczne. Dopóki bowiem przetoka istniała, była chora niepłodną; zaraz po wyleczeniu została zapłodnioną; przy porodzie nabyła na nowo przetoki; dopóki ta nowa przetoka trwała, chora również nie zastąpiła; za to wkrótce po jéj zagojeniu. Dodaję, iż drugi ten poród przetoki już na nowo nie wywołał.

Przychodzę w końcu do owych dwóch przypadków na wstępie wspomnianych, w których prostym sposobem Simona nie osiągnąłem pożądanego skutku. Pierwszy przypadek dotyczy 17-letniéj mężatki J. H. Chorą tę już poprzednio gdzieindziéj w uniwersyteckiéj klinice chirurgicznéj operowano bezskutecznie dwa razy; poczém zamyślano u niéj zamknąć pochwę poniżéj przetoki. Już z tego widać, jak trudnym był ten przypadek do wyleczenia, co też wykaże bliższy opis zmian, jakie poniżéj opiszę. Nie trudno sobie wytłumaczyć, że chora w tak młodym wieku zgodzić się nie chciała na zamknięcie pochwy i nie trudno również odgadnąć, że podobny zamiar wcale się nie podobał 28 letniemu mężowi, który się też energicznie sprzeciwił. Pierwszym też warunkiem, pod którym mi chorą oddano, było uroczyste zaręczenie, że pochwy nie zamknę. Pochwa była bliznami bardzo zwężona i niepodatna. Przetoka bardzo wielka rozpoczynała się mniéj więcéj 2 cm. po za ujściem cewki i sięgała aż do przedniéj wargi macicznéj: główna więc część górnego sklepienia pochwy była zniszczoną. Przedni brzeg był przyrośnięty do kości łonowéj, w tylnym zaś brzegu po obu stronach widzieć można było ujścia moczowodów. Przetoka ta powstała przy pierwszym porodzie, który trwał 4 dni i który wreszcie za pomocą kleszczy zakończono. Miednica choréj cokolwiek zwężona.

Mimo przecinania blizn w pochwie i wprowadzania wałków Bozemana utrzymywała się niepodatność i nieporuszalność brzegów przetoki tak, iż zbliżyć ich do siebie nie było można. Macica znajdowała się bardzo wysoko i była bardzo mało ruchomą. Postanowiłem więc część pochwową macicy obustronnie naciąć, aby tym sposobem przednią wargę maciczną jak najwięcéj uruchomić i użyć jéj po okrwawieniu do wszycia w otwór przetoki. Ponieważ mimo to naprężenie zeszytych brzegów było bardzo znaczne, skoro popuszczono nitki przeciągnięte podczas operacyi przez tylną wargę maciczną dla ściągnięcia macicy na dół, przyszyłem więc owe nitki do ud, aby przez to przeszkodzić macicy do unoszenia się i rozciągania zaszytéj przetoki. Przytém upomniałem chorą, aby nie zginała ud do brzucha. Przez pierwsze 4 dni mocz nie wydobywał się przez pochwę. Skoro jednak 5 dnia nitki przytrzymujące macicę i do ud przyszyte przerznęły się mocz znów bezwiednie wypływać począł. Wyjmując szwy około dnia 10, przekonałem się, że środkowa część przetoki całkiem, a lewa jéj strona w głównéj części były zrośnięte; prawa strona pozostała otwartą. Jednakowoż i te części udało mi się przez dwie ponowne operacyje zamknąć zupełnie. Po wyleczeniu chora ta zaszła w ciążę, poroniła w 5 miesiącu a obecnie znajduje się znów w ciąży. (Dok. nast.).

VI. Przyczynek do symptomatologii i dyjagnostyki zatrucia tlenkiem węgla.

Podał
Dr. A. Sokołowski,
ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.

W większości przypadków otrucie tlenkiem węgla, czyli tak zwane pospolicie zaczadzenie, przedstawia tak wybitne objawy, a moment przyczynowy jest tak wyraźnym, że rozpoznanie otrucia nie tylko dla lekarza, ale nawet i dla ogółu nie przedstawia najmniejszéj trudności.

Są jednak przypadki, w których albo nie łatwo na razie odnaleźć lub nawet domyśleć się momentu przyczynowego, lub też objawy zaczadzenia mogą być niezbyt wyraźne, lub podobne do objawów, właściwych innym cierpieniom. W tychto przypadkach niewyraźnych, a jednak wzbudzających podejrzenie zaczadzenia, rozpoznanie winno się opierać na bardzo szczegółowém badaniu chorego, które nieraz pozwoli nam wykryć pewne dość charakterystyczne objawy, właściwe zaczadzeniu, jakto pouczyć mogą dwa przypadki przezemnie spostrzegane, które dla ich ważności praktycznéj pokrótce podaję.

Spostrzeżenie 1sze. 21 stycznia 1885 roku przywieziono do szpitala w stanie nawpół przytomnym 35ciolet-niego robotnika S. nieudzieliwszy o chorobie jego żadnych bliższych objaśnień. Chorego zastałem apatycznie leżącego na łóżku z objawami wyraźnéj depresyi w stanie bezgorączkowym. Na zapytania odpowiada bardzo trudno i powoli, skarżąc się na silny ból głowy, mówi, że w wiliję dnia tego był zdrowym, że sobie nieco przypomina, iż w nocy miał jakby jakiś napad drgawkowy, zresztą zaś niczego sobie nie przypomina, gdyż mocny ból głowy nie pozwala mu zebrać myśli. Przy szczegółowém badaniu chorego znaleźliśmy stan bezgorączkowy, żrenice oddziaływają na światło dość prawidłowo; tony serca czyste lecz słabe; szmery oddechowe prawidłowe; śledziona niepowiększona; na ciele nigdzie zauważyć nie można ani plam ani wysypki; odruchy kolanowe zachowane. Przy badaniu czucia uderzył nas wysoki stopień anestezyi skóry całego ciała a szczególniéj odnóg dolnych, nawet głębokich kłóć szpilki chory wcale nie odczuwał.

Stan ten razem wzięty przedstawiał nam się bardzo nie jasno, tém bardziéj że niczego więcéj od chorego dowiedzieć się nie mogliśmy.

Dnia następnego stan przedstawiał się o wiele lepiéj. Przytomność istniała prawie zupełna; chory uskarża się tylko na nieznaczny ból głowy i opowiada nam, że do chwili zachorowania był zupełnie zdrowym, żadnych chorób nie przebywał, nadużyć nie robił żadnych. Wieczorem powróciwszy do domu mocno ziębnięty, położył się spać blisko pieca mocno napalonego, w nocy zerwał się z mocnym bólem głowy, nudnościami, poczém miał mieć jakiś napad, czego dokładniéj nie pamięta; nazajutrz rano czuł mocny zawrót i ból głowy i w tym stanie odwieziono go do szpitala. W tym dniu badany mocz zawiera nieco białka. Znieczulenie skóry pozostaje jak dnia poprzedzającego. Na trzeci dzień chory czuje się zupełnie zdrowym, ból głowy ustąpił, znieczulenie skóry znikło zupełnie. Mocz białka nie zawiera.

Przypadek w dniu pierwszym przybycia chorego do szpitala przedstawiał się wcale nie jasno; powstała przedewszystkiém myśl, w obec zbioru powyższych objawów, białka w moczu i wzmianki o jakimś napadzie, czy nie mieliśmy w danym razie do czynienia z napadem drgawek epileptycznych lub téż napadem uremicznym. W obu razach niezrozumiałym objawem była wyżéj opisana zupełna anestezyja skóry. Dopiero na drugi dzień przy odzyskaniu przez chorego zupełnéj przytomności i podaniu dokładnéj anamnezy, przy zniknięciu zupełnie szybkiém białka w moczu, obie przypuszczane choroby dały się zupełnie wykluczyć, i rozpoznaliśmy otrucie tlenkiem węgla, w któréjto chorobie objawy anestezyi (o czém niżéj) niektórzy autorowie spostrzegali.

Przypadek 2gi. W miesiącu grudniu roku zeszłego wezwany byłem do 23-letniego pana N. dotkniętego nagle w nocy jakiemś ciężkiém cierpieniem. Pana N. znałem od kilku lat, wielokrotnie bowiem zasięgał mojéj rady z powodu przewlekłego cierpienia dróg oddechowych. Chorego zastałem leżącego w stanie na wpół przytomnym, niechętnie i z trudnością odpowiadającego na pytania. Ojciec jego opowiedział mi, że syn czuł się dnia poprzedzającego zupełnie zdrowym, w nocy nagle zerwał się z łóżka, zaczął krzyczeć, biegać po pokoju, wybił szybę w oknie, wreszcie na wpół przytomny upadł na łóżko i w tym stanie pozostał do rana. Chorego zastałem, jak to wyżéj wspomniałem, w stanie jakby ciężkiego odurzenia, na zapytania odpowiadał niechętnie, źrenice oddziaływały prawidłowo. Stan był bezgorączkowy, żadnych zmian w narządach nie dało się wykryć. Chory nigdy nie nadużywał napojów, o jakiémś otruciu nie mogło być mowy. Stan ów przypomniał mi mocno poprzednio opisanego chorego i to skłoniło mnie do szczegółowego zbadania czucia skóry i tutaj téż, podobnie jak w poprzednim przypadku, znalazłem zupełne znieczulenie skóry, szczególniéj odnóg dolnych a w mniejszym stopniu górnych. W skutek tego wyraziłem przypuszczenie co do możliwości zaczadzenia, poleciłem ojcu chorego zbadanie pod tym względem wszystkich okoliczności i rzeczywiście oświadczono mi na drugi dzień, że wieczorem przed zapadnięciem chorego piec był mocno napalony węglem, drzwiczki zaś hermetyczne nie zupełnie dobrze zamykały się. Chory dnia następnego czuł się zupełnie dobrze, anestezyja skóry zniknęła zupełnie. I w tym przypadku mieliśmy bardzo niejasny obraz zaczadzenia występujący pod postacią tak zwaną przez autorów „pseudo manijakalną“, a w któréj tylko zupełna anestezyja skóry była nam w stanie wyjaśnić istotną przyczynę choroby.

W literaturze zaczadzenia napotykamy tylko nieliczne i niedokładne wzmianki, dotyczące powyższego objawu i tak w najobszerniejszym podręczniku medycyny sądowéj Maschki Seidel (T. 2, str. 349) wspomina tylko ogólnikowo, że zdarzają się czasem częściowe, nieraz nawet zupełne, znieczulenia skóry w zaczadzeniu, daléj Rochelt (*W. med. Presse*, 1875) opisuje, że po otruciu gazem świetlnym u mężczyzny silnego wystąpiło zniedołężnienie umysłowe pierwotne, anestezyja i pareza wyleczone po kilku miesiącach. Friedberg (*Vergiftung durch Kohlendunst*, 1866) wymienia jako następstwa otrucia zmniejszenie lub nawet zniesienie zupełne czucia w różnych częściach ciała a na str. 123 przytacza przypadek Schroetza p. t. *Empfindungs u. Bewegungs-Lähmung des rechten Armes mit Atrophie.* Jeszcze jeden przypadek cytuje Siebenhaar i Lehmann (*Die Kohlendunstvergiftung*, 1858), spostrzegany w 1857 roku w klinice Grisolla. U mężczyzny 50-letniego po zaczadzeniu wystąpiła anestezyja zupełna na skórze, z wyjątkiem głowy, szyi i górnéj przedniéj części klatki piersiowéj. Po sześciu dniach chory opuścił szpital, anestezyja atoli mało się zmniejszyła.

Zaczadzenie u nas w zimie nie należy do rzeczy rzadkich szczególniéj w miastach wielkich przeważnie opalanych węglem kamiennym. Otóż byłoby pożądaném, aby szan. koledzy, którzy podobne przypadki spostrzegać będą, zechcieli zwrócić uwagę na wyżéj opisany objaw, t. j. znieczulenie skóry, który w wielu wątpliwych przypadkach może być ważnym momentem rozpoznawczym.

VII. Jaglica w wojsku i środki zaradcze.

Podał

Dr. Józef Talko.

Praca niniejsza jest jednym z rozdziałów obszernego sprawozdania za 1885 r. „O stanie chorób ocznych w wojskach warszawskiego woj. okręgu.“ Pochop do ogłoszenia jéj dał mi artykuł niedawno zamieszczony w czasopiśmie petersburgskiém „Wojenno-sanitarnojo Dieło“ (Nr. 46, str. 547), w którym wyczytałem, że chorych na jaglicę w niemieckiéj i austryjackiéj armii zupełnie nie ma, gdyż popisowi z jaglicą wcale do wojska nie bywają przyjmowani, a żołnierze z tém chroniczném cierpieniem oczu natychmiast z wojska bywają wydalani. Według zasięgniętych wiadomości okazuje się, że w Austryi uwzględniają tylko ostrą jaglicę, z chroniczną jednak przyjmują do wojska. Przepisów pruskich nie znam. Zdaje mi się jednak, że armija rosyjska, zaliczając do szeregów popisowych jaglicą dotkniętych, nie jest w wyjątkowém co do tego położeniu. Dla czego jednak w wojsku rosyjskiém jaglica daje się więcéj we znaki władzom wojskowym i lekarzom? Oto dla tego może, że po pierwsze rok rocznie przybywa w celu uzupełnienia wojsk znaczna ilość rekrutów już jaglicą dotkniętych, a powtóre, że pod względem higijeny i wykształcenia żołnierz rosyjski pozostawia wiele do życzenia.

Przechodzę obecnie do właściwego przedmiotu.

Jaglica (*trachoma*) uznaną jest obecnie za bezwarunkowo zaraźliwą sprawę spojówki oka. Stopień tylko zaraźliwości zależy od wydzieliny choréj błony: bywa ona mniejszą w t. z. suchéj jaglicy, wzmaga się przy ukazaniu się zapalnych objawów z cechą nieżytową i ropną. Z dwóch postaci jaglicy,

ziarnistéj (*tr. folliculare*) i brodawkowatéj (*tr. papillare*), zaraźliwszą jest ostatnia, a mianowicie ta, która najczęściéj przechodzi w stan ostry. Ważną rolę w udzielaniu się zarazy gra przytém załamek spojówki obu powiek: jeśli on nabrzmiewa, czerwienieje, staje się wiotkim — ukazuje się nadmierna wydzielina, ten główny krzewiciel choroby.

Jaglica, jak wiadomo, bywa niewidoczną dla nielekarzy, a tém samém i władz wojskowych; przytém żołnierze, dotknięci tém przewlekłém cierpieniem, nie uskarżają się wcale na oczy. Rozpoznać jaglicę może tylko lekarz, odwróciwszy nietylko dolną ale i górną powiekę. Jaglica staje się dotkliwą dla żołnierza i widoczną dla oficerów wtedy, gdy oko zaczerwienieje i w kątach jego zacznie się zbierać wydzielina śluzowa, t. j. gdy się przyłączą objawy zapalne. To jest właściwym powodem, dla którego władza wojskowa zwykle tak mało zwraca uwagi na tę sprawę chorobową, która przebiegając przewlekle, często niewidocznie, służy równocześnie za źródło, z którego przy niesprzyjających warunkach służby powstają w wojsku epidemije chorób ocznych.

Że jaglica stanowi wielkie złe w armii rosyjskiéj, w któréj odsetka chorych na jaglicę większą jest aniżeli w armijach innych państw europejskich, [1]) przemawia między innemi i ten smutny fakt, że żołnierze puszczani do domów celem poprawy zdrowia (2 kategoryja) lub też uwalniani z wojska zupełnie (3 kategoryja) z powodu wad i utraty wzroku, prawie wyłącznie zawdzięczają swe kalectwo tylko jaglicy, skutkiem któréj tworzą się blizny spojówki a następnie zaćmienia rogówki.

W państwie rosyjskiém od czasu pojawienia się epidemii chorób ocznych w początkach XIX wieku, starano się głównie o przerwanie tychże, t. j. gaszono na razie pożar, nie myśląc wcale o środkach zaradczych.

Bardzo ważnym w téj sprawie, t. j. w niedopuszczaniu rozwinięcia się w wojsku epidemii chorób ocznych był rozkaz do armii czynnéj w r. 1838 pod Nro 115, w którym powiedziano: chorzy mający ślady ziarnistości i chropowatości spojówki, powinni być oddzielani od zdrowych (§ 1) i rozlokowywani w oddzielnych wioskach, w stodołach, o ile można najprzestronniéj (§§ 14 i 15) [2]). Te środki zaradcze, zaproponowane przez b. naczelnego lekarza sztabowego Czetyrkina, były wprawdzie stosowane w wojsku konsystującém w Król. Polskiém, lecz wkrótce zostały zaniechane. Stanowczy wpływ na zmniejszenie chorób ocznych w wojskach okręgu warszawskiego wywarł okólnik głównego wojskowego zarządu lekarskiego z dnia 31 sierpnia 1881 r., w którym polecono zastosować 14 punktów, mających zapobiegać na przyszłość powstawaniu epidemij chorób ocznych. Pochop do tego dała epidemija w 1881 r. w 9tym sybirskim pułku Grenadyjerów (w moskiewskim woj. okręgu), podczas któréj oślepło 36 i wyszło z wadami wzroku 51 szeregowców.

Okólnik ten zwraca głównie uwagę na to, „aby ludzi z suchemi granulacyjami nie pomieszczać razem ze zdrowymi;“ aby w razie najlżejszego zaostrzenia się sprawy chorobowéj niezwłocznie odsyłać chorych do ambulansów ocznych („okolotok“); aby podczas wiatru i kurzu dotknięci jaglicą zwalniani byli od zajęć służbowych; aby tylko co 6ty dzień odbywali wartę; aby mieli dostateczną ilość wody do umywania rąk i twarzy, podczas lata używali kąpieli 2 razy tygodniowo; i aby mieszkania żołnierzy przewietrzane były codziennie, a pościel i ubranie starannie czyszczone i trzepane.

Środki zaradcze przeciw chorobom ocznym w wojskach warsz. woj. okręgu były opracowane w okręgowym wojskowym zarządzie lekarskim i wydrukowane w rozkazie do armii okręgu warsz. w 1884 r. Dały one podstawę do ogłoszenia rozporządzeń wydziału wojny z dnia 16 sierpnia 1885 r., pod Nr. 209, poczém wprowadzone zostały w czyn prawidła dołączone do tego rozkazu. (Dok. n.)

[1]) Ocznych chorych pro mille było: W pruskiéj armii 1881/2 r. 25% (średnio 29,8 z 9 lat); w angielskiéj 1882 r. 15% (w armii zaś egipskiéj 37,8%); w francuskiéj 1882 r. 36,3%; w austryjackiéj 1881 r. 60% (1/5 z jaglicą); we włoskiéj 1882 r. 67%; nakoniec w armii rosyjskiéj 1882 91%, t. j. że chorobliwość oczu w naszéj armii była 6 razy większa — niżli w angielskiéj, 3 1/2 — niżli w pruskiéj, 2 1/2 — niżli we francuskiéj, 1 1/2 — niżli w austryjackiéj, 1 1/3 — niżli we włoskiéj.

[2]) P. Priłożenija k postanowlenjani po czasti prakticzeskoj wojennoj medicinskoj policji. Warszawa 1850.

VIII. O powstawaniu jaskry zapalnéj po atropinie.

Podał

Dr. Bol. Wicherkiewicz [1]).

Prawie każdy okulista robi to smutne doświadczenie, iż wielu chorych traci bezpowrotnie wzrok w skutek tego, że chory dotknięty objawami zwyczajnéj jaskry chronicznéj w skutek niepoznania choroby, niestósownie bywa leczony.

Ze względu na to, iż jaskra jako choroba nie tylko w dawnych czasach zagadkowa, ale i dziś jeszcze nie ze wszystkiém dostatecznie pod względem etyjologii i symptomatologii wytłumaczona, lekarzowi nietrudniącemu się wyłącznie chorobami oczu nie dość wyraźnie się narysowuje, nie można się dziwić, iż częstokroć nie dość wcześnie lub wcale nie bywa przez niego rozpoznawaną.

Wystawmy sobie osobę, która od niejakiego czasu uczuwa ból w oczach, doznając nie tylko pewnéj trudności przy czytaniu, pisaniu itd. ale nadto osłabienia wzroku na jedném lub na obu oczach. Pewnego dnia objawy te potęgują się i oko staje się czerwoném. Lekarz sąsiedni lub domowy zapytany o radę, widzi oko zaczerwienione, rogówkę lub części po za nią będące nieco zamglone, źrenicę średnio rozszerzoną, mało ruchomą, a tęczówkę w stanie przekrwienia.

Objawy te mające, nie przeczę, niejedno znamię podobieństwa z zapaleniem tęczówki lub tęczówkowo-rzęskowém, wystarczają zazwyczaj nie dość wprawnemu koledze do rozpoznania zapalenia tęczówki. Środek, do którego się więc przedewszystkiém ucieka, jest atropin. Zapuszcza go choremu raz, drugi raz, lecz zamiast zmniejszenia objawów chorobowych przekonywa się, iż takowe jeszcze więcéj się pogarszają a ból doprowadza chorego do rozpaczy. Chory powraca znowu do lekarza prosząc o ulgę w dolegliwościach; ten każe daléj atropin stósować, tém częściéj im silniejszy ból, a może i kilka jeszcze przystawić pijawek. Gdy wzrok, który tymczasem zniknął, nie powraca, oświadcza ostatecznie lekarz choremu, ażeby zasięgnął porady specyjalisty.

Byle tylko ta chwila nie była zbytnio odwlekaną jeszcze można stósowną terapiją przyjść w pomoc, lecz biada, gdy kolega, jak często, w swéj niemocy i próżnemi wiedziony względami, siebie łudzi, chorego daléj pocieszając, że chorobę uda mu się pokonać.

Jeżeli bowiem chory już kilka tygodni z cierpieniem tém walczył, natenczas wyrok pod względem powrotu wzroku zapadnie w słowach „za późno.“

[1]) Według wykładu mianego w Sek. lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Są to przypadki, które niestety zdarzają się zawsze jeszcze zbyt często i są têm smutniejsze, że sumienie lekarza mocno w téj sprawie bywa obciążoném. Mówię z doświadczenia, przejęty żywą boleścią, gdy chorzy tacy przybywają, aby usłyszeć smutny wyrok skazujący ich na wieczną ślepotę [1]).

Są jednakże inne przypadki, w których atropin stósowany do oka wywołuje również jaskrę ostrą zapalną, a któréj nawet najbieglejszy w swym zawodzie lekarz częstokroć przewidzieć nie może. Objaśnię to na przykładzie:

Chory zasięga rady naszéj z powodu upośledzenia wzroku wzmagającego się coraz bardziéj. Zresztą nie skarży się na żadne dolegliwości.

Zewnętrznie nie przedstawia oko na pozór nic nieprawidłowego. Źrenice są mniéj lub więcéj wązkie. Spostrzegamy w soczewce zaćmienia, które są powodem, że wziernikiem przy wązkiéj źrenicy nie możemy zbadać głębszych części oka, a mianowicie, dna tegoż. Lubo zaćmienia te mogą nam wytłomaczyć w przybliżeniu stopień upośledzenia wzroku, to jednak chcielibyśmy się przekonać o rodzaju i stopniu zaćmienia soczewki celem rokowania, a zarazem, jeżeli być może, o stanie głębszych części oka. Stosujemy więc atropin lub inny jaki środek rozszerzający źrenicę, a osiągnąwszy zamierzony cel, zadawalamy się zaznaczeniem rozwoju zaćmy nie mogąc nic innego dojrzeć. Chorego puszczamy do domu, polecając mu, aby się stawił po kilku tygodniach lub miesiącach, gdyż chwilowo zaćmy usunąć nie można. Chory, który dotychczas był wolnym od bólu, dostaje po niejakim czasie rwania w oku i nad okiem i traci wśród objawów zapalnych i tę odrobinę wzroku, jaka mu jeszcze pozostawała.

Jeżeli jednakże wcześnie powróci po opiekę biegłego lekarza, szkoda może być naprawioną, gdy zaś pominie tę sposobność, strata stanie się niepowetowaną. Każdy odgadnie, że tu prócz zaćmy mieliśmy do czynienia z jaskrą zwyczajną, którą atropin zamienił na jaskrę ostrą zapalną.

Jaskra prosta jako też zaćmienie soczewki będąc chorobami późniejszego wieku, pojawiają się często równocześnie na têm samém oku. Lubo przez dokładne oznaczenie napięcia gałki i zbadanie pola widzenia, obie choroby możemy z pewną dokładnością rozróżnić, to jednakże w niektórych razach, mianowicie gdy zaćma już jest znacznie posuniętą, a badanie oka przypada na chwilę, w któréj objawy jaskry nie występują, rozpoznanie na znaczne napotyka trudności lub staje się niemożebném. Wtenczasto właśnie, uciekając się do środków mydriatycznych, wywołujemy silne zaburzenia w ustroju oka. Przypadki takie zdarzają się od czasu do czasu nawet okulistom i nie należą już wcale do rzadkich.

Przypadek, który obecnie opisać zamierzam, podał mi sposobność nietylko do stwierdzenia znanego zkąd inąd zjawiska, iż atropin pod tym względem jest środkiem nader niebezpiecznym, ale nadto nadaje się do kilku teoretyczno praktycznych uwag.

Joanna Schrimmerowa, 66 lat mająca, żona kupca, izraelity, zasięgała pierwszy raz méj rady przed 5 laty, twierdząc, że od 15 lat nosi niebieskie okulary dla światłowstrętu, od 4 zaś lat ma przewlekłe zapalenie powiek, które w ostatnim czasie zapuchły; przytém chora miewa często ból głowy.

Badanie wziernikiem wykazało nieco białe tarcze i może małoco zwężone naczynia, zresztą dno prawidłowe. Wzrok ograniczał się po prawéj stronie do liczenia palców na 20 stóp, po lewéj zaś stronie wynosił $^6/_{36}$ bez szkła, a $^6/_{18}$ z 1 D. Na prawéj rogówce znajduje się wrzodzik wielkości ziarnka prosa o stromych brzegach i dnie lekko naciekłém. Pod wpływem maści atropinowéj i ciepłych okładów jako też maści jodoformowéj, wcieranéj kilka razy dziennie na około oka, wrzodzik zagoił się w przeciągu miesiąca, a ponownie badany wzrok przedstawił się jak następuje:

$$V^{pr}_{l} = \begin{matrix} ^6/_{12} \text{ Hp } 0{,}75 \\ ^6/_{24} - 18 \text{ Hp } 1. \end{matrix} \Big\} \text{ Snellen } 3\text{ c} + 2\text{ D.}$$

Jako przyczynę niedowidzenia obwiniać można było niezborność rogówkową nieregularną i początkującą zaćmę.

W dwa lata późniéj przybywa chora ponownie około 17 września skarżąc się, iż zapalenie powiek powraca. Wzrok wynosi:

$$V^{pr}_{l} = \begin{matrix} ^6/_{18} \text{ Hp } 2{,}5 \\ ^6/_{12} \text{ Hp } 2{,}25 \end{matrix} \Big\} {}^6/_{12} \text{ Schw. } 0{,}4\text{ c} + 4{,}5.$$

Pod wpływem zakraplań rozczynu cynkowego i po użyciu maści powiekowéj, zapalenie w krótkim czasie ustąpiło, przyczém jednakże wzrok pozostał niezmienionym.

W październiku 1884 roku chora znowu przybyła, lecz tym razem dla uszu *(Otitis media hypertrophica)*. Stan oczu był niezmienionym. Przez 2 następne lata nie słyszałem o choréj nic. Dopiero 25go przeszłego miesiąca przedstawiła się w godzinach ordynacyjnych prosząc o okulary, gdyż dawniejsze nie wystarczają. Skarżyła się przytém na ból w lewém oku dolegający od kilku tygodni, daléj na kaszel i krótki oddech.

Celem przeznaczenia szkieł, przedsięwziąłem ściślejsze badanie obydwóch ócz: znalazłem przy znacznêm łzawieniu spojówki powiek przekrwione i lekko obrzmiałe, na dolnych powiekach kilka rzęs ku gałce zwróconych. Niektóre przednie żyły twardówkowe nieznacznie rozdęte, rogówki czyste, przednie komórki nieco płytkie, źrenice regularne, wązkie (2 mm.) i powolnie na światło oddziaływające. Dotykanie nerwów nadoczodołowych bolesne.

V^{pr} palce trzymane przed samém okiem projekcya niepewna
$V_{l} = {}^6/_{12}$ Hp. 2,25 Schw. 0,75 c + 4,5 na 28 ctm.

Gałki na dotykanie niewrażliwe; napięcie prawidłowe.

Przy wązkich źrenicach widać było wprawdzie w obu soczewkach zaćmienie płaskie kory, i to w prawém oku tak dalece ku środkowi rozciągające się, iż badanie dna oka było niemożebném, w lewém zaś oku przekonałem się nie bez trudności, iż tarcza w środku była lekko wklęsła, jednakże nie więcéj, jak w granicach zboczeń wrodzonych. Brzeg zaklęśnięcia lekko tylko stromy, tętnice siatkówki nieco cieńsze, żyły prawidłowe. Tętnienia nie spostrzegłem.

Lubo zaćmienie soczewki lewéj tłomaczyło dostatecznie upośledzenie wzroku oka lewego, to jednakże tak znaczny upadek wzroku oka prawego nie mógł być wytłumaczonym samą zaćmą początkującą, gdyż dość dużo jeszcze tutaj światła przechodziło do wnętrza i sprawiało, iż dno czerwono przebijało. (Dok. nast.).

---

[1]) Zdarzały mi się nawet przypadki następującego rodzaju: choremu, który przybywa do mnie z prośbą przywrócenia wzroku postradanego w pomieniony sposób na jedném oku udzielam, widząc niemożność przyjścia w pomoc, przestróg, aby przynajmniéj czuwał nad drugiém okiem i zważał na objawy, (które chociaż nie powinny mu być w obec cierpienia dopiero co przebytego nieznane w głównych zarysach raz mu jeszcze przedstawiam) napominając, aby, gdy one wystąpią, niezwłocznie zasięgnął rady okulisty. W kilka lat późniéj tenże chory uległszy tym samym złudzeniom i mylnemu osądzeniu choroby, zwraca się dopiero wtenczas o pomoc, gdy i na drugiém oku wzroku nie można już przywrócić!

IX. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt.

Podał
Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent Inst. Farmakologicznego Uniwersytetu i Doc. Inst. Weteryn. w Dorpacie.

W sprawie wydzielania się żelaza z ustroju zwierzęcego sprzeczne w nauce istnieją poglądy. Złożyło się na to wiele okoliczności: z jednéj strony trudności chemicznego rozbioru zwłaszcza gdy chodzi o niewielkie ilości żelaza, gdyż niezbędne są w tym razie odczynniki zupełnie od tego metalu wolne, z drugiej, brak pozytywnych danych co do chłonienia i przyswajania żelaza z pokarmów i przetworów, a wreszcie, nieuwzględnienie fizyjologicznych warunków co do obecności żelaza w pewnych narządach. Prace ostatnich czasów wypełniły w znacznéj części te braki, tak że ostateczne rozstrzygnięcie téj, aż dotąd wątpliwéj kwestyi dziś możliwém się staje.

Żelazo, fizyjologicznie z pokarmami przyjmowane, spełniwszy swą rolę w ustroju, wydziela się na zewnątrz różnemi drogami. Z badań Gorup-Besaneza, Anselmina, Herbergera, Vitalego i Latiniego, Thénarda, Schottina i Kollmanna [1]) wnosićby należało, że już za pośrednictwem potu traci nasz ustrój pewną część swojego żelaza, chociaż Lehmann, wbrew powyższym autorom, niewielkie ilości jego, w pocie wykryte, czyni zależnemi od zanieczyszczenia téj wydzieliny przez złuszczający się naskórek i inne wytwory skóry. Natomiast w ślinie znaleźli żelazo, jako składnik stały Gorup-Besanez, Wright i Enderlin. I złogi, że śliny powstałe, według badań Humberta i Lassaignego, zawierają także żelazo. Główne jednak drogi dla wydzielania się żelaza pokarmu na zewnątrz stanowią inne, niż ślina, soki przewodu pokarmowego, a także i mocz.

Sok żołądkowy, jak przekonywają liczne rozbiory E. Wilda, Braconnota, Berzeliusa, Frerichsa, Thiedemanna i Gmelina, Kl. Bernarda, A. Mayera, C. Schmidta, Grünwaldta i w. in., a w téj liczbie i moje własne, stale zawiera w sobie żelazo. Według obliczeń Scherpfa, dokonanych na podstawie prac C. Schmidta i Grünwaldta, żołądek człowieka w ogóle wydziela w ciągu dnia 0·03 gr. tego metalu. W wydzielinach prawie wszystkich błon śluzowych, a szczególniéj kiszek, wykryli żelazo A. Mayer, Buchheim, Bidder ze Schmidtem, Gorup-Besanez i Wood. W skutek tego sądzą wzmiankowani badacze, że żelazo wydziela się w ogóle przez błony śluzowe. Przeczą temu w każdym razie doświadczenia Quinckego, który badając wydzielinę pętli kiszek, izolowanéj sposobem Thiryego, nie wykazał w niéj wcale żelaza, nawet po spopieleniu. Z drugiéj jednak strony zauważył Quincke, że błona śluzowa kiszek, skropiona siarczkiem amonu, przyjmuje w warunkach normalnych kolor zielonawy, zkąd wniosek, że zawiera żelazo. Obfitym względnie w żelazo jest sok trzustkowy, jak to wykazali Bidder i Schmidt, a także Krüger. Z prac ich wynika, że z sokiem trzustkowym człowieka zwykłego wydziela się dziennie około 0·0064 Fe.

Największe bezwarunkowo ilości rzeczonego metalu wydzielają się z żółcią. Z zestawień i obliczeń Scherpfa wypada, że człowiek zwykły traci z tą wydzieliną w ciągu dnia około 0·0428 grm. żelaza. Że żelazo należy istotnie do stałych składników żółci, wypływa z całego szeregu rozbiorów, wykonanych przez Thénarda, Biziego, Enderlina, A. Mayera, H. Rosego, Weidenbuscha, Jacobsona, C. Dietricha, Younga, Hoppe-Seylera i Trifanowskiego, Frerichsa, Kunkla, Hamburgera i nakoniec z 13-u moich własnych rozbiorów, dotąd jeszcze nieogłoszonych. I kamienie żółciowe zawierają w sobie także żelazo; przekonali się o tem wielokrotnie Wurzer, John, Joyeur, E. Ritter i inni.

Duże również, choć nie tak wielkie, jak z żółcią, wydzielają się ilości żelaza z moczem. Obecność jego w moczu długi czas stanowiła punkt sporny. Że wydzielina ta niewątpliwie zawiera żelazo, wykazały liczne badania rozmaitych autorów, jak Simona, Rosego, Vialego, Donnégo, W. Hassego, Nitscha, Kramera, Biddera i Schmidta, Fleitmanna, Lehmanna, Boussingaulta, Magniera, Hamburgera, Giacoli i innych. Dorosły człowiek zwykły traci, według Scherpfa, dziennie z moczem 0·009 Fe. Ślady jego zawiera także prawie każdy kamień moczowy. W 10-u badanych w tym celu kamieniach różnego kształtu, gatunku i pochodzenia udawało mi się zawsze wykazać żelazo.

Żelazo kału z dwóch źródeł pochodzi: z żelaza, niewchłonionego z pokarmu, i z żelaza, wydzielonego przez soki przewodu pokarmowego. Liczni autorowie, jak Porter, Fleitmann, Rogers, Boussingault, Bidder i Schmidt, Wild i w. in., wielokrotnie oznaczali ilości żelaza w kale. Z rozbiorów tych okazuje się, że ilość wydzielonego przez kał metalu bardzo wielkim podlega wahaniom, stosownie do pokarmu, stanu trawienia itp. warunków.

Według Lussany żelazo, z żółcią do dwunastnicy wydzielone, ma w kiszkach ponownemu ulegać wchłanianiu i znów się do żółci dostawać; tym sposobem istniałby dla żelaza osobny obieg, podobny do tego, jaki Schiff dla żółci wykazał. Do krwiobiegu dostawałyby się w takim razie niewielkie tylko ilości żelaza. Że żelazo, raz przez sok żołądkowy i sok kiszek wydzielone, w dalszym swym przebiegu przez przewód pokarmowy ponownemu chłonieniu rzeczywiście ulegać może, wypływa to z badań Wilda, który w ciągu 10 dni karmił owce sianem, zawierającém pewną, oznaczoną ilość żelaza i oznaczał następnie ilość jego w treści rozmaitych części przewodu pokarmowego, począwszy od żołądka aż do odbytnicy.

Dodać wypada, że pewne ilości żelaza traci organizm stale wraz ze złuszczającym się naskórkiem i z włosami, w których Baudrimont, Vauquelin, Laër, Boussingault, Wolf i inni wykryli dość znaczne ilości w mowie będącego metalu. Autorowie, zajmujący się kwestyją wydzielania żelaza z ustroju, mało dotąd uwagi na tę okoliczność zwracali.

Czy łzy zawierają żelazo, bardzo jest wątpliwém. Obecność jego w wydzielinie macicy zwierząt wykazaną została przez Schlossbergera.

Niestała wydzielina ustroju, mleko, zawiera w sobie stałe, choć stosunkowo nieznaczne ilości żelaza. Stwierdzają to rozbiory R. Webera, Gorup-Besaneza, Berzeliusa, Schwarza, Wildensteina i Haidlena, Grouvena, Hensiusa, Sehevena, Boussingaulta, Bystrowa, Magniera, Bungego i kilku innych.

---

[1]) Przy zestawieniu literatury, posiłkowałem się po części pracami oryginalnemi, o ile je znaleźć mogłem w tutejszych biblijotekach: Uniwersyteckiéj i Instytutu Weterynaryjnego, po części zaś rocznikami i literackiém studyjum Scherpfa: *„Die Zustände und Wirkungen des Eisens im gesunden und kranken Organismus“. Spt.-Abdr. a. d. Pharmacolog. Unters. II.*, obejmującém w sobie całą literaturę dotyczącą żelaza w ustroju aż do 1877 r.

Korzystam ze sposobności, aby na tém miejscu zaznaczyć, że i w ludzkiém nasieniu, pochodzącém od zupełnie zdrowych osobników, udało mi się kilkakrotnie stwierdzić obecność żelaza, którego jednak ze względu na stosunkowo niewielkie ilości ilościowo oznaczyć nie mogłem.

Tak ma się rzecz z wydzielaniem żelaza, które w warunkach fizyjologicznych, t. j. wprost z pokarmu, wessaniu uległo. Inaczéj nieco ma się rzecz, gdy żelazo sztucznie, tj. jako chemiczny przetwór do ustroju wprowadzimy. Uwzględnić w tym ostatnim razie przedewszystkiém należy, w jaki sposób podane zostało żelazo, czy przez przewód pokarmowy, czy też wprost przez krew.

Kl. Bernard twierdzi, że w wydzielinie gruczołu przyusznego brak zawsze żelaza, nawet po sztuczném wprowadzeniu go do żołądka, lub po zastrzyknięciu do krwi. Wyjątek z pośród innych przetworów żelaza stanowić miał tylko jodek żelazawy (*Eisenjodür)*, który zarówno po wprowadzeniu go do żołądka przez przetokę żołądkową, jak i po zastrzyknięciu do krwi, można było w ślinie, jako jod i żelazo wykazać. Po równoczesném wprowadzeniu do krwi jodku potasu i mlekanu żelaza udawało się w ślinie tylko jod odnaleźć. Doświadczenie to przez nikogo zresztą dotąd, o ile się zdaje, niepowtórzone, spotkało ostrego krytyka w osobie Buchheima, który je wprost podał w wątpliwość.

Co do wydzielania się żelaza chemicznych przetworów przez żołądek i przez kiszki, to istnieją w tej mierze także doświadczenia Kl. Bernarda, który zastrzykiwał królikom do naczyń równocześnie mlekan żelaza i żółtą sól (żelasinek potasu) (*Ferrocyankalium*) i widział następnie niebieskie zabarwienie odźwiernika żołądka i takież zabarwienie, choć rzadziéj, małéj jego krzywizny. Podobne wyniki osiągnął także, wstrzykując równocześnie chlorek żelazowy (*Eisenchlorid*) i rodanek potasu (*Rhodankalium*). Sprawdzeniem rzeczonych doświadczeń Kl. Bernarda zajęli się Kölliker i Müller i doszli do wręcz przeciwnych wyników, czyli inaczéj mówiąc, po zastrzyknięciu cytrynianu żelaza bądź podskórnie, bądź też do krwi, albo też po wprowadzeniu go do żołądka, nie mogli następnie nigdy spostrzedz, żeby się żelazo wydzielało bądź przez żołądek, bądź też przez kiszki.

Według badań A. Mayera i Buchheima żelazo do krwi wprowadzone, wydziela się przez błonę śluzową przełyku i dalszych części przewodu pokarmowego, a także przez błonę śluzową dróg oddechowych i moczowych. Doświadczeniom tym przeczą znowu badania Quinckego, który po zastrzyknięciu żelaza do krwi nie mógł go następnie wykryć w wydzielinie pętli kiszek, sposobem Thiryego oddzielonéj od reszty przewodu pokarmowego.

Że żelazo do krwi zastrzyknięte, albo też przez przewód pokarmowy wprowadzone, pojawia się w żółci, starali się dowieść Marcett, Quevenne, Bouchardat, Volpini, Cl. Papi, a wreszcie wymienieni już wielokrotnie Kl. Bernard i A. Meyer. Że pojawia się także w moczu, twierdzą na podstawie swych badań oprócz A. Meyera Schroff, Thiedemann i Gmelin, C. Heidler, Kölliker, Müller, Quincke, Valentiner, Papi i Paganuzzi. Przeciwnie, Quevenne, Gelis i Wöhler są zdania, że nawet po przewlekłém karmieniu zwierząt dużemi dawkami żelaza nie pojawia się ono wcale w moczu.

Zwolennikom wydzielania się żelaza, sztucznie do organizmu wprowadzonego, przez mocz i przez żółć ważny cios zadały sumienne i na ścisłych metodach chemicznego oznaczania oparte prace Hamburgera, który wykazał, że po sztuczném dodaniu przetworów żelaza do pokarmu, zaledwie minimalna część tego metalu przez mocz się wydziela, i że prawie cały jego nadmiar daje się wykryć w kale. W żółci nie mógł Hamburger także wykazać powiększonych ilości żelaza po poprzedniém doprowadzeniu tegoż do pokarmu.

Z czasów najnowszych wymienić wreszcie należy pracę Glaeveckego, który po zastrzyknięciu żelaza do krwi wykrywał je następnie w żółci i w moczu, wszelako bez wykonywania ilościowych rozbiorów. Że w wątrobie i w nerkach ilość żelaza była wtedy także powiększona, przekonywały go mikrochemiczne reakcyje.

Wszystkim rzeczonym pracom uczynić można zarzut, że nie uwzględniały fizyjologicznych co do żelaza warunków ustroju i że nie były oparte na wolnych od zarzutu metodach chemicznego oznaczania. W Iej części swych badań nad wątrobą miałem sposobność wykazać, jak wielkim wahaniom podlegają ilości żelaza w tym narządzie nawet w warunkach fizyjologicznych i jak wiele zależy na dokładności metód chemicznego oznaczania. Zanim możnaby było orzec, jak się ten lub ów narząd lub tkanka zachowuje wobec odczynników żelaza, wprost na nie zastosowanych, po zastrzyknięciu zwierzęciu do krwi lub podaniu mu w pokarmie przetworów żelaza, należałoby wpierw zbadać, jak się rzecz ma z narządami i tkankami w warunkach zupełnie prawidłowych, bez wszelkiego sztucznego doprowadzania rzeczonego metalu. Rzecz naturalna, że jednym z najniezbędniejszych warunków tego rodzaju badania jest jak najdokładniejsze przepłukanie naczyń wspomnianych narządów i tkanek, tak jak to dotąd uczyniłem z wątrobą. Mikrochemiczne reakcyje po zastrzyknięciu do krwi przetworów żelaza, lecz bez następnego usunięcia krwi z narządów, także niedaleko prowadzą, reakcyję bowiem daje przedewszystkiém do krwi dodane żelazo, przez co w narządzie, gdzie unaczynienie silniejsze, jak np. w wątrobie i reakcyja staje się silniejszą. Że sztucznie do krwiobiegu wprowadzone żelazo istotnie przez czas dość długi w naczyniach krąży, będę miał sposobność poniżéj wykazać.

Z całego szeregu prac wyżéj wymienionych wolną jest zupełnie od zarzutu jedynie praca Hamburgera, oparta na wszelkich ostrożnościach chemicznego badania tam, gdzie minimalne ilości rozstrzygają. Sumienną jest również i praca Quinckego, który pierwszy wpadł na myśl, żeby na błonę śluzową zupełnie prawidłowego zwierzęcia siarczek amonu zastosować i przekonał się, że i ta oddziaływa na żelazo. Wszystkie inne prace potrzebują bezwarunkowo sprawdzenia, opartego na pewniejszych i dokładniejszych metodach badania przy zastosowaniu odczynników zupełnie od żelaza wolnych i przy uwzględnieniu przedewszystkiém prawidłowych tkanek i narządów.

Na podstawie całego szeregu prac wykonanych po większéj części w strasburskim Instytucie farmakologicznym, wnosićby należało, że wszystkie t. zw. ciężkie metale, bezpośrednio jako podwójne sole do krwi wprowadzone, wydzielane bywają na zewnątrz przeważnie przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Najwymowniejszy dowód w tym kierunku podali Kobert i Cahn dla manganu i wyprowadzili ztąd wniosek, że i żelazo, jako metal pod wieloma względami, a zwłaszcza fizyjologicznie z manganem współrzędny, tymże samym prawom podlegać musi, czyli, inaczéj mówiąc, po zastrzyknięciu do naczyń przez ścianę przewodu pokarmowego na zewnątrz się wydziela. Dowodem jednak twierdzenia tego nie poparli.

Przypuszczenia Koberta i Cahna we wspomnianych pracach Hamburgera pozyskały bardzo ważny argument. Z prac

tych jednak nie wypływa bynajmniéj, jakoby żelazo sztucznie do ustroju wprowadzone, chłonieniu w znacznym stopniu ulegać miało. Najprawdopodobniejszém wydaje się, jeżeli pominiemy zupełnie twierdzenie Lussany co do ponownego chłonienia żelaza, raz z żółcią wydzielonego, że metal ten, w postaci przetworów farmaceutycznych podany, bez spełnienia jakiejkolwiekbądź ważnéj roli fizyjologicznéj, wraz z niestrawionemi częściami pokarmu ustrój opuszcza. W obec tego dla rozstrzygnięcia pytania, jakiemi drogami wydziela się żelazo, będące we krwi niewątpliwie w nadmiarze, niezbędném jest wprowadzić je poprzednio do naczyń w formie najodpowiedniejszéj i wtedy dopiero rozpocząć poszukiwania, oparte na możliwie najściślejszych metodach, z uwzględnieniem fizyjologicznych warunków. (C. d. n.)

X. Monoplegia anaesthetica.

Forma przewlekła.

Podał

Prof. Adamkiewicz.

Jako uzupełnienie obrazu choroby nazwanéj przezemnie „monoplegiją czucia“ w poprzednim przypadku przedstawionego może posłużyć następujący przypadek, identyczny w zasadzie do pierwszego w Nr. 48 Przegl. Lek. opisanego.

W czerwcu 1884 prosił mnie o poradę lekarską p. S. L., tutejszy kupiec z powodu bólu i pewnego nieprzyjemnego uczucia w nogach. Opowiadał on, że przed czterema miesiącami zbudził się pewnego dnia z dokuczliwém uczuciem gorąca w całéj prawéj nodze bez stanu gorączkowego. Do tego przyłączyło się późniéj niemniéj przykre rwanie i wiercenie, które od tego czasu nie chciało ustąpić. Występuje ono wprawdzie na całéj odnodze, lecz szczególnie silnie na przedniéj powierzchni uda i na kolanie, gdzie się formalnie zagnieździło. Ból ten przeszkadzał mu w chodzeniu tém bardziéj, że przy ruchach się powiększał. Doznawał przytém często omdlenia w kolanie i zdawało mu się, jakoby się ono uginać chciało. W dwa miesiące późniéj zapadł także i na lewą nogę. Chory nie doznawał w nodze téj uczucia gorąca, ani skreślonego bólu lecz całkiem właściwych i niemniéj męczących uczuć: doznawał uczucia jakoby cała noga lewa była mokra i zimna, a na udzie, jakoby było mocno zasznurowane. Zresztą nie skarżył się chory na żadne inne dolegliwości. Ruchy w nogach nigdy nie były upośledzone. Pęcherz i kiszka odchodowa, jak szczegółowo zapewnia, miały funkcyjonować należycie, podawał tylko, że uczuwa w okolicy kości krzyżowéj tępy ból, a nadto jeszcze tylko to, że w ciągu choroby zmniejszyła się jego potencyja. Chory liczy 43 lat, jest silnie zbudowany i wysokiego wzrostu. Badanie pacyjenta zresztą zupełnie zdrowego nie wykazało, zupełnie podobnie jak w poprzednim przypadku, nic jak tylko ciężkie zaburzenie w sferze czucia ograniczające się do jednéj tylko odnogi, t. j. prawéj nogi. Skóra na niéj okazała się na wszystkie bodźce bólu zupełnie nieczułą. Wystarczy wspomnieć, że przekłócie fałdu skóry igłą, drażnienie jéj pędzlem elektrycznym i najsilniejszym prądem przerywanym nie wywoływało żadnego uczucia a tém mniéj bólu.

Ta zupełna bezbolesność rozprzestrzeniała się w równéj mierze na całą prawą dolną odnogę, udo, podudzie i stopę. (*N. cutaneus fem. later.*, *n. obturatorius*, *n. cruralis anter.*, *n. cutan. fem. post.*, *n. saphenus*, *n. comm. peron.*, *n. cutan. cruris* (*post. med.*), *n peron. superf. et prof.*, *nn. plantares (tibialis.)* Obszar analgezyi téj sięgał ku górze aż do miednicy a tu kończył się ostro w następujący sposób: Z przodu stanowiła granicę nieczułości linija pociągnięta nieco nad *spin. sup. anter. crist. oss. il.* i schodząca nieco ukośnie na dolnéj powierzchni brzucha do spojenia kości łonowych (*N. ilio-hypogastr.*). Od tyłu sięgało znieczulenie aż do pasa pomiędzy *crista oss. il.* i dolnym brzegiem żeber ściśle do linii środkowéj kręgosłupa (*Nn. cutan. clun. superior.*). Od wewnątrz wreszcie należało do obszaru znieczulenia wszystko, co ograniczoném było po stronie choréj przez liniję środkową ciała łączącą spojenie łonowe i wewnętrzny koniec oznaczonego pasu. A zatém należało do obszaru znieczulenia z tyłu skóra odpowiedniego *m. gluteus* (*nn. clunium medii*), od przodu środkowa część górnéj okolicy uda pod więzadłem Pouparta (*n. lumbo-inguinalis* i *n. sparmat. ext.* od *n. genito-crural.*), od środka, międzykrocze aż do *raphae* i połowa worka mosznowego (*nn. perinei et scrotales* od *n. pudend. comm.*, *n. spermaticus exter.* od *genito-crural.*) i ściśle połowa prącia (*n. dors. penis (pudendi)*. Nawet jądro i sznurek nasienny po stronie prawéj (*plex. sperm. inter. n. sperm. extr.*) znosiły łatwiéj ucisk aniżeli po stronie lewéj i nareszcie można było stwierdzić, że zwieracz kiszki odchodowéj i błona śluzowa ujścia cewki moczowéj doznała ściśle połowiczego przytępienia czucia.

Zaburzenie to w czuciu rozprzestrzeniało się na cały obszar zaopatrywany nerwami czuciowemi z pni lędźwiowych i krzyżowych, t. j. z całego splotu lędźwiowego, kulszowego i sromnego.

Porażenie czucia było w tym przypadku tylko częściowe a nie jak w poprzednim całkowite. Czucie mięśniowe i czucie dotyku okazało się bowiem nienaruszone, a temperatury tylko po części zmienione. Lekkie dotykanie i ucisk czuł chory i lokalizował bardzo dokładnie. Sztuczne ułożenie nóg chorego przy zamkniętych oczach rozpoznawał chory dobrze. Możność jednak rozpoznawania bodźców termicznych była stanowczo upośledzona. Przedmioty dobrze ogrzane oznaczał chory jako ciepłe i to nie z wielką dokładnością. Czucie jednak dla zimna nie istniało zupełnie. Przedmioty zimne, nawet kawałek lodu, wywoływały u niego tylko czucie ciepła.

Zresztą z wyjątkiem pewnéj bolesności przy ucisku w okolicy kości krzyżowéj, jak już wspomniałem, nie przedstawiał chory nic nieprawidłowego. Zboczeń troficznych nie było w tym przypadku żadnych. A podnoszę jeszcze szczegółowo, że ruchy czynne i bierne, siła mięśniowa (chory mógł z zamkniętemi oczyma dłuższy czas na każdéj nodze prosto się utrzymać) i pobudliwość elektryczna zachowywały się na obydwóch nogach jednakowo i zupełnie normalnie. Odruch zaś kolanowy po stronie choréj nie pozostawiał, tak samo, jak po zdrowéj, nic do życzenia.

Bardzo prędko straciłem chorego z óczu. Dopiero w ostatnich czasach (listopad, 1886) a więc po upływie dwóch lat, miałem znowu sposobność powtórnie go widzieć i badać. Powodem do tego były groźne objawy, które na lewéj nodze wystąpiły i spowodowały szwagra chorego, Dra Wasserthala z Częstochowy, do przedstawienia mi go. Od Dra Kirschnera, który miał chorego w swéj opiece lekarskiéj, dowiedziałem się, że pacyjent przez cały ten czas nie szanował się i nie wykonywał danych mu poprzednio rad. Badanie chorego w obecności wymienionych kolegów dało najdokładniéj ten sam rezultat co poprzednio. Obraz chorobowy był o tyle tylko zmienionym, że analgezyja na nodze prawéj była teraz nieco mniejsza. Chory był zdolnym odczuwać na

nodze chorej w niskim stopniu silny prąd przerywany, którego na miejscach zdrowych znieść nie mógł, a który dawniej nie wywoływał żadnego wrażenia. Przez dwa lata zatem stan choroby mniej więcej został taki sam. Zmienił się obraz chorobowy tylko o tyle, o ile na lewej nodze istniała teraz bolesność w przebiegu nerwu kulszowego tak przy ucisku jak i przy ruchach biernych i czynnych.

I w tym przypadku nie można przyjąć żadnej innej podstawy choroby jak zajęcie tylnych korzeni, w szczególności trzech silnych splotów, lędźwiowego, kulszowego i sromnego. Te same powody, które w poprzednim przypadku zmuszały do wniosku, że ani ośrodki, ani organa końcowe nerwów czuciowych, a między temi ani obwodowe, ani mózgowe drogi nie są siedzibą choroby, mają słowo w słowo ważność swą i dla niniejszego przypadku. Co najwyżej mogłoby przyjść na myśl, czy w obec faktu, że zaburzenie w sferze czucia przeszło na stronę pierwotnie zdrową (lewą) i że porażenie czucia na nodze chorej było tylko częściowém, nie leżała może przyczyna choroby w przypadku drugim, w samym rdzeniu pacierzowym. Podobne jednak przypuszczenie można z łatwością wykluczyć. Pominąwszy, iż, jak dotychczasowe doświadczenie uczy, znieczulenia do opisanego podobne mają tylko powstawać przy zupełnej przerwie odwrotnej połowy rdzenia, przyczém cała odnoga dolna po stronie téj przerwy zostaje ciężko motorycznie porażoną, to przy obecności choroby czysto czuciowéj w zakresie trzech wymienionych splotów musiałby, przypuszczając innego rodzaju cierpienie organiczne rdzenia pacierzowego, sam rdzeń w obszarze tych splotów, t. j. w całym swym przebiegu od XII korzenia piersiowego na dół być zajętym. Równocześnie musiałoby to zajęcie, ponieważ w naszym przypadku z czysto czuciowém zaburzeniem mamy do czynienia, odnosić się jedynie do obszaru tak małego i w tkance rdzeniowéj ograniczonego, jak są tylne wiązki korzeniowe i szare rogi tylne. Rozumie się samo przez się, że nie można o tém ani myśleć. Sprawa, któraby w tak wielkiéj rozległości wspomniane części rdzenia miała zajmować, musiałaby przynajmniéj rozprzestrzenić się także na sąsiednie części sznurów tylnych i bocznych, jeżeli nawet nie na przednie części rdzenia, a w takim razie musiałaby wywołać ciężkie paraplegije i zaburzenia odżywcze skóry, a co najmniéj objawy ataksyi lub skurczu (*spasmus*) w choréj nodze. W takim razie także nie byłby oszczędzony pęcherz moczowy i kiszka odchodowa, odruch kolanowy nie zostałby prawidłowym, zaburzenie w czuciu nie byłoby tak ściśle ograniczoném do jednéj połowy ciała i nie odpowiadałoby tak dokładnie rozgałęzieniu się nerwów obwodowych jak w naszym przypadku. Jeżeli dodam jeszcze nareszcie, że obniżenie popędu płciowego znajduje łatwe wytłumaczenie w połowiczém znieczuleniu prącia i nie potrzeba do tego zajęcia centrów, to zdaje mi się, że jest już dostateczna liczba dowodów wykazujących, iż siedziba choroby w niniejszym przypadku leży w tylnych korzeniach. Jeżeli zaś tak jest to i ten przypadek można uważać jako nowego reprezentanta monoplegii czucia, tj. choroby dotychczas nieopisanéj, a mającéj ścisły obraz kliniczny. Chociaż wprawdzie do wykończenia tego obraz upotrzebne będą jeszcze dalsze doświadczenia, to w każdym razie już tutaj podane wystarczą do określenia choroby téj w następujący sposób. Monoplegija czucia jest cierpieniem, które usadawia się w obszarze tylnych korzeni obu splotów dla odnóg, a nadwerężа tylne korzenie tylko jednéj odnogi. Przy dłuższém trwaniu może się choroba przenieść także na stronę drugą. W takim przypadku jednak nie rozwija się ona po drugiéj stronie tak silnie jak po pierwotnéj. Monoplegija czucia rozpoczyna się od bólów, przebiega bez gorączki i kończy się zaburzeniem jedynie w zakresie czucia. Zajęta odnoga może przedtém utracić wszystkie rodzaje czucia albo tylko niektóre z nich. Monoplegija czucia nawet przy chronicznym przebiegu nie okazuje gwałtownéj dążności do zajęcia rdzenia pacierzowego i bywa połączoną z zaburzeniami troficznemi, chociaż nie zawsze. Zmiany te troficzne są nieznaczne i nie dochodzą do tego stopnia, jaki widzieć można przy obwodowém zapaleniu nerwów. Od tego ostatniego różni się jeszcze choroba tém, że nie pociąga za sobą zmian materyjalnych w narządzie mięśniowym. Prawdopodobnie wychodzi z opony twardéj obu zgrubień rdzenia pacierzowego, na co drugi przypadek swoją bolesnością w okolicy krzyżowéj daje ściślejsze dowody, a stanowi więc rodzaj *pachymeningitis brachialis* lub *lumbalis*, lecz w każdym razie lekkiéj. Przeciwnie znana i okolice te nagabującą *pachymeningitis chronica* (*hypertrophica*) Charcota jest ze względu na następstwa w obec poprzedniéj ciężką chorobą. Sprawia ona bowiem zniszczenie nietylko tylnych korzeni po obu stronach lecz także pociąga za sobą zajęcie tkanki rdzenia pacierzowego i korzeni przednich. Sprowadza przez to gwałtowne zaburzenia wszystkich funkcyj zajętych części i kończy się rozległemi porażeniami, zanikami i kontrakturami mięśniowemi. Można zatém monoplegiję czucia zaliczyć do małéj liczby chorób nerwowych z pomyślném rokowaniem. Przy stosowném łeczeniu daje się ona w przeciągu kilku miesięcy zupełnie wyleczyć, a nawet jeżeli zostanie zaniedbaną, nie doprowadza, o ile dotychczasowe doświadczenie uczy, chorego do tak strasznego położenia, jakie zwykle przewlekłe choroby nerwowe sprowadzają i nie zamienia cierpiącego tak jak one w niedołężnego kalekę.

XI. Z pracowni fizyjologicznéj prof. Dra Cybulskiego i z kliniki lek. prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O fizyjologiczném i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny (*spart. sulf.*).

(Tymczasowe doniesienie).

Podał

Dr. W. Antoni Gluziński,

docent med. wewn. i I asystent kliniki lek.

Liczbę środków używanych dotychczas w chorobach serca, powiększyła w ostatnich czasach w skutek polecenia G. Séea sparteina (a właściwie jéj połączenie z kwasem siarkowym jako siarkan sparteiny). G. Sée wychodząc ze spostrzeżeń, które go pouczyły, że sparteina: 1) podnosi akcyję serca podobnie jak naparstnica, 2) ujednostajnia rytm sercowy, 3) przyspiesza ruchy serca, podał następujące wskazanie lecznicze: Siarkan sparteiny działa dobrze w niedomodze mięśnia sercowego, która powstała jużto w skutek wady zastawek, jużteż w skutek zmiany w samym mięśniu sercowym.

W obec pomyślnych wyników ogłoszonych we Francyi przez Séea i ucznia jego Legris, postanowiłem zachęcony przez prof. Korczyńskiego, przeprowadzić szereg doświadczeń w klinice lek., a w obec skąpéj ilości prac (Fick, Ryman, Laborde) równocześnie zbadać i fizyjologiczne działanie tego środka. W tym celu przy łaskawéj pomocy prof. Cybulskiego, za którą mu niniejszém serdecznie dziękuję, przeprowadziłem w jego zakładzie odpowiednie doświadczenia tak na zwierzętach zimno- jak i ciepłokrwistych.

Podanie całego toku doświadczeń, opis sposobów użytych do doświadczeń i otrzymanych wyników pozostawiam sobie na później przy sposobności ogłoszenia obszerniejszéj pracy. Na tém miejscu chcę się tylko podzielić ostatecznemi wynikami badania. Są one następujące:

1. Sparteina wywiera wybitny wpływ na narząd krążenia wybitniejszy u zwierząt zimnokrwistych niż u ssących, wybitniejszy u pierwszych po zastosowaniu jéj wprost na odsłonięty mięsień sercowy, niż przez zastosowanie jéj pod skórę lub po wstrzyknięciu do żyły.

2. Głównym objawem działania jest zwolnienie akcyi serca, w mniejszym stopniu podniesienie parcia krwi w tętnicach.

3. U zwierząt ssących można, zwiększając stopniowo dawki, otrzymać trzy okresy działania.

4. Zwolnienie w I i III okresie jest najwybitniejsze, w II najmniéj wybitne, a niekiedy stwierdzamy i przyspieszenie w tym okresie.

5. Wytłumaczenie tych objawów i okresów znajdujemy w zachowaniu się nerwów błędnych i mięśni.

6. Nerwy błędne z początku stają się wrażliwsze na bodźce (ztąd zwolnienie w Iszym okresie), późniéj pobudliwość opada zwolna, ale stopniowo (II i III okres).

7. Mięśnie, a więc i mięsień sercowy, pod wpływem sparteiny, tracą na pobudliwości, najwybitniéj w III okresie, przez pewien czas jednak zyskują na energii (ztąd zwolnienie zwłaszcza w okresie III, a podniesienie parcia krwi w okresie I i II).

8. Na nerwy obwodowe ruchowe zdaje się że sparteina prawie zupełnie nie działa.

9. Wpływ na rdzeń pacierzowy objawia się z początku podwyższeniem odruchów późniéj ich obniżeniem.

10. Śmierć nastaje przez asfiksyję, do któréj oprócz działania na rdzeń przedłużony, przyczynia się sparteina zapewne i przez porażenie mięśni oddechowych.

Ze stanowiska klinicznego, biorąc rzecz teoretycznie, tylko I okres może być korzystnym i wywrzeć wpływ dodatni przy zaburzonéj kompenzacyi, t. j. okres, w którym w skutek podrażnienia obwodowych zakończeń nn. błędnych akcyja serca staje się wolniejszą a i parcie się podnosi w skutek, jak się zdaje, silniejszego działania mięśnia sercowego.

Stosójąc w odpowiednich przypadkach w klinice lek. prof. Korczyńskiego środek ten, doszedłem do następujących wyników:

1. Sparteina jest w stanie niezaprzeczenie w niekompensowanych wadach sercowych wywrzeć dodatni wpływ.

2. Wpływ ten objawia się szybko (w godzinę) po podaniu sparteiny polepszeniem jakości tętna, a zwłaszcza poprawą w zakresie podmiotowych uczuć chorego.

3. Szybkie wystąpienie działania stanowi najważniejszą dodatnią cechę sparteiny, gdyż pod względem siły działanie to jest znacznie słabsze, aniżeli działanie naparstnicy i prawie z takowém w porównanie iść nie może.

4. Arytmii w spostrzeganych przypadkach sparteina nie usuwała.

Sparteinę stosowałem w proszku po 0·10 na dawkę.

W ustanowieniu wskazań leczniczych zasługiwałoby na główną uwagę szybkie działanie tego leku, a opierając się na tém, uważałbym za odpowiednie stosowanie sparteiny (obok równoczesnego podania naparstnicy) w przypadkach:

1. Gdzie dolegliwe przypady podmiotowe w skutek niedomogi mięśnia sercowego nie pozwalają czekać, nim się rozwinie działanie naparstnicy, a więc jako środek pomocniczy, niejako symptomatyczny.

2. W razach, gdy naparstnica nie działa lub jéj podać nie można z jakiegokolwiek powodu.

3. Możnaby próbować, czy w duszności bolesnéj (dla szybkiego działania) nie będzie skuteczną. Przypadku odpowiedniego w obecnym czasie nie obserwowałem.

XII. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym.

Podał

Doc. W. Jaworski.

Że w przypadkach braku kw. solnego w soku żołądkowym, może się on napowrót pojawić, zostało kilkakrotnie przez badaczy stwierdzoném (Velden *D. Arch. f. kl. Med. XXIII*, Riegel *D. Arch. f. kl. Med. XXVI)*. Podobnie i wzmożenie wydzielania kw. solnego obserwował Rossbach *(D. Arch. f. kl. Med. XXXV)*. Pojawienie się, jako też wzmożenie wydzielania kw. solnego w żołądku miałem i ja sposobność w kilku przypadkach obserwować, lecz o tém tu nie wspominam jako o rzeczy już przez innych spostrzeganéj.

Natomiast nie znajduję nigdzie wzmianki, jakoby ktoś obserwował w żołądku silnie wydzielającym kw. żołądkowy, stopniowe obniżanie a następnie zupełne zniknięcie kw. solnego. Sposobność obserwowania tego zjawiska miewałem dość często, o wiele częściéj niż przypadki pojawiania się tegoż. Obniżanie i znikanie kw. solnego z żołądka odbywało się samowolnie, albo pod wpływem czynników terapeutycznych.

Samowolne zniknięcie przedtém nadmiernie wydzielanego kw. solnego obserwowałem w 3 przypadkach; u dwóch chorych z wrzodem i rozstrzenią żołądka, a u jednego chorego ze samoistném nadmierném wydzielaniem kw. solnego na tle nadużywania wódki.

I. Przypadek (*Ulcus ventr. subsq. gastrectasia;* obserwacyja z prof. Korczyńskim), dotyczy 50-letniego mężczyzny, który cierpiał od pół roku na wymioty, niekiedy czarne, częste palenie, gniecenie w żołądku, na wilczy apetyt i silne pragnienie. Przedmiotowo zaś można było wykazać wyraźną rozstrzeń żołądka. Aspiracyja czczego żołądka wykazuje miazgę pokarmową. Przesącz bezbarwny, HCl w znacznéj ilości, kw. mlekowego ślad, kwasota 45·0, peptony bardzo wybitne, trawi sztucznie krążek białka w przeciągu 3 godzin. Po 8 dniach naczczo uskuteczniona aspiracyja wykazuje HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego nie ma, kwasota 50·0, sok trawiący, a pod mikroskopem liczne jądra ciałek wypocinowych. Choremu polecono lekką dyjetę mięsną i mierne używanie wina. Po 5 tygodniach zgłosił się chory napowrót przedstawiając wejrzenie mocno niedokrewnego, i uskarżając się na bóle i ciężkość w żołądku. Przy badaniu rano naczczo wyciągnięto ze żołądka $^1/_2$ litra cieczy atramentowo-zabarwionéj, zawierającéj barwik krwi. W przesączu HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego nie ma, kwasota 68·0, peptony wyraźne, trawienie krążka białka w 5 godz. Po dwutygodniowém leczeniu chorego przez podawanie małych dawek makowca, i stopniowanie dyjety ścisłéj, stan chorego

poprawił się, tak podmiotowo jak i przedmiotowo. Po 4 miesiącach, w którymto czasie chory zostawał bez lekowania i tylko przy łagodnéj dyjecie mięsnéj, przedsięwzięte badanie wewnętrzne wykazało w żołądku czczym miazgę pokarmową; w przesączu oddziaływania na kw. solny nie było, tylko na kw. mlekowy, kwasota 12·0, krążka białka nie trawi, dopiéro po dodaniu kropli HCl. Chorego przybyło przez ten czas na ciężarze 10 kg.; również znikła żarłoczność, pragnienie i ciśnienie w żołądku, lecz fizyczne objawy rozstrzeni utrzymują się. Miazga pokarmowa jeszcze raz po dwóch miesiącach badana, nie wykazuje również kw. solnego; przybytek ciężaru ciała przez ten czas wynosi 2 kg.

II. Przypadek *(Ulcus ventr. subsq. ectasia)*, dotyczy 44 letniego handlarza F. B. Chory skarży się od roku na wymioty (krwawych nie spostrzegł); smak w ustach kwaśny; do jedzenia łaknienie, lecz zawsze po użyciu pokarmów uczuwa bóle w żołądku; fizyczne badanie wykazuje rozstrzeń znaczniejszą żołądka. W przeciągu dni 14 badano żołądek na czczo 7 razy. Przy każdém badaniu wyciągnięto miazgę pokarmową, któréj przesącz wykazywał silne oddziaływanie na kw. solny, a w czterech badaniach ślady kw. mlekowego, kwasotę 40—55·0, silne oddziaływanie na peptony, i szybkie trawienie sztuczne. Choremu polecono lekką dyjetę mięsną suchą, z unikaniem wszystkich pokarmów drażniących i płynnych. Po 3 miesiącach przedsięwzięte dwurazowe badanie wewnętrzne żołądka czczego, wykazało obydwa razy tylko miazgę pokarmową kwaśną, z oddziaływaniem wyraźném na kw. mlekowy jakoteż peptony, z brakiem zupełnym kw. solnego, sztuczne trawienie zupełnie zniesione; występuje ono jednak po zakwaszeniu kw. solnym. Objawy rozstrzeni pozostały, bóle jednak w żołądku znacznie się zmniejszyły.

Jeszcze jeden przypadek wzmożonego wydzielania kw. solnego podczas krwotoku żołądkowego znajduje się opisany w *D. Med. Wochschr. Nr. 47. 1886*. (*Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen*. Korczyński. Jaworski).

III. Przypadek. Czterdziesto-pięcioletni wieśniak K. J. dość dobrze odżywiony uskarża się na gryzienie w żołądku, „jakby był robak w nim“ oraz na zaparcie stolca, obok tego istnieją rozmaite uczucia w różnych okolicach ciała. Z wywiadów okazuje się, że chory od dłuższego czasu wypija po kilka kieliszków wódki dziennie, wrzekomo w celu wyleczenia żołądka. Badanie soku z żołądka czczego wykazuje kwasotę 12·0, kw. solny bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu nie ma, trawienie sztuczne bardzo szybkie; jądra ciałek wypocinowych dość częste. Metoda lodowa modyfikowana wykazuje kwasotę 22·4, HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu oraz peptonów brak, trawienie sztuczne bardzo szybkie. Zalecono choremu wstrzymywanie się od wódki, dyjetę łagodną, i 50 gm. *Natrii sulfurici*, w celu użycia jednéj łyżeczki w razie potrzeby. Po pół roku chory przedstawił się znów z przypadami silniejszemi gastrycznemi, niż pierwszy raz; skarży się między innemi na zgagę, pragnienie, odbijanie z rana; łaknienie utrzymane, lecz wejrzenie chorego przedstawia się jako niedokrewnego. Badanie wewnętrzne żołądka wykazuje kwasotę soku czczego słabo zielonkowato żółtego 28·0, HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu nie ma, peptony dość wyraźne; jądra ciałek wypocinowych w ogromnéj ilości, trawienie sztuczne bardzo szybkie. Woda lodowa wywołuje kwasotę 33·5 i te same oddziaływania, co i w soku czczym. Chory przyznaje się, że dyjety przepisanéj nie zachowywał, a ponieważ mu „lepiéj nie było“ dla tego dla złagodzenia cierpienia musiał jeszcze więcéj wódki używać. Polecono to samo leczenie, co i pierwszym razem. Po upływie roku tenże pacyjent znów się przedstawił, uskarżając się, że ma silne zaparcie stolca, łaknienie mniejsze i gniecenie w żołądku, pomimo że wejrzenie chorego okazywało się dość dobrém, lepszém niż pierwiéj. Zewnętrzne badanie żołądka nie wykazało żadnego zboczenia; natomiast badanie wewnętrzne wykazuje: treść żołądka czczego śluzową, bardzo słabo alkaliczną, bez resztek pokarmów; przesącz opalizujący, daje oddziaływanie na śluz, a nawet z HCl tylko słabo trawi. Metoda lodowa, daje treść ze strzępami śluzowemi bardzo słabo kwaśno oddziaływającą, o minimalnéj kwasocie, śladach śluzu; treść ta dopiéro za dodaniem HCl trawi krążek białka, a pod mikroskopem nie wykazuje jąder ciałek wypocinowych, lecz tylko ciałka śluzowe. Chory zapytany, jak się w domu zachowywał oświadczył z początku, że postępował według polecenia, lecz w końcu przyznał, że od czasu do czasu zawsze wódki używał, zwłaszcza jeżeli „mu źle było.“ W tym przypadku należy niewątpliwie przypuścić, że siła wydzielnicza błony śluzowéj była z początku trwale silnie podnieconą *(hypersecretio hyperacida)*, a w następstwie przez dłuższe działanie wyskoku zniszczoną. Przypadków notorycznych pijaków, u których badałem treść żołądkową miałem jeszcze sześć, u wszystkich tych mających jeszcze dobre wejrzenie wykazywał czczy żołądek treść albo alkaliczną, albo obojętną, a metoda białkowa lub lodowa nie wykazała ani razu oddziaływania kwaśnego treści żołądkowéj.

Zmniejszenie lub zupełne zniesienie wydzielania kw. solnego w skutek środków leczniczych obserwowałem dość często.

Przedewszystkiem znaczne obniżenie zdolności wydzielania soku żołądkowego sprawia woda karlsbadzka. Za pomocą tego środka można doprowadzić do zupełnego zniszczenia chemizmu trawienia.

IV. Przypadek. Dostrzegłem to u 35 letniego wyrobnika ze zupełnie zdrowym żołądkiem jeszcze w r. 1883. Przed stosowaniem wody karlsbadzkiéj treść żołądka przedstawiała przy 8 badaniach tak metodą białkową jak i lodową, stale obecność kw. solnego, brak śluzu i dobre trawienie; stopnie kwasoty były: metodą lodową 9—11; metodą białkową 4—5. Po 7miotygodniowém stosowaniu wody karlsbadzkiéj badanie w tych samych warunkach, wykazało sok zupełnie alkaliczny, śluzu znaczna ilość; metodą lodową wynosiła alkaliczność w 2 doświadczeniach 0·8 i 1·6, a metodą białkową 1·4 i 2·6, trawienie po zakwaszeniu kw. solnym niedokładne. Podmiotowo ta wielka zmiana tém się objawiła, że mężczyzna zapytany, czy ma łaknienie, oświadczył, że się obecnie łatwo nasyca. Po tém doświadczeniu, że woda karlsbadzka przy nieostrożném użyciu może zupełnie i prawdopodobnie bezpowrotnie zniszczyć chemizm trawienia, byłem w następnych doświadczeniach, jakoteż leczeniu, ostrożniejszym; badałem bowiem od czasu do czasu żołądek, aby się dowiedzieć, do jakiego stopnia kwasota się obniżyła, i czy należy leczenie zakończyć, czyli też daléj prowadzić. W ten sposób doświadczonych przypadków ogłosiłem 12 w rozprawie: *Ueber die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magendarmfunction. Leipzig, 1885. Verlag v. F. C. W. Vogel*, na stronnicy 52—57. Odtąd doświadczam codziennie zdolności obniżania nadmiarowego wydzielania kw. solnego przez wodę

karlsbadzką, któráto własność należy dobrze odróżnić od zobojętniania kwasów w żołądku.

Podobnie pouczyły mnie doświadczenia z nową solą karlsbadzką zwaną *Quellsalz*, że przy jéj użyciu, zmniejsza się zdolność wydzielnicza soku żołądkowego.

V. Przypadek. U 47go letniego mężczyzny W. N. wykazuje badanie fizyczne mierną rozstrzeń żołądka; podmiotowo zaś uskarża się chory na bardzo silne przypady gastryczne, ciśnienie, palenie, odbijanie, od czasu do czasu wymioty, jakoteż różnego rodzaju uczucia. Badanie wewnętrzne wykazuje przy użyciu wszystkich metod: treść żołądka żółtą, przesącz bezbarwny, z bardzo wyraźném oddziaływaniem na kw. solny, z brakiem kwasu mlekowego i śluzu, silną peptonizacyję; kwasota treści czczéj 13·0, metodą lodową 17·0, metodą białkową 42·0. Po 4 tygodniowém stosowaniu soli zwanéj „*Quellsalz*“ (10—20 gm. dziennie) badanie wykazuje w soku żołądkowym strzępy śluzowe białe, w przesączu ślad śluzu, słaby tylko ślad kwasu solnego, zwolnione trawienie sztuczne; kwasota czczego soku 4, metodą lodową 3, metodą białkową 6·5. Dalszego stosowania soli zwanéj „*Quellsalz*“ zaprzestano, z obawy zupełnego zniszczenia wydzielania kw. żołądkowego, zwłaszcza, że chory czuje się zupełnie wolny od przypadów podmiotowych i uważa się za zupełnie zdrowego. W ten sposób obserwowanych przypadków miałem kilka, z których 3 przytoczone zostały w pracy mojej: *Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und den Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes. Wiener med. Wochenschr.* 1886. Nr. 6—16. (Dok. nast.)

XIII. Zator tętnicy wieńcowej serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

Prof. Dra Korczyńskiego.

Zatory i zakrzepy włosowate w zakresie tętnic wieńcowych serca, jak niemniéj drobniejszych gałązek tych tętnic przydarzają się względnie dosyć często. Jak to udowodniono głównie w najnowszych czasach, obok zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych są one częstą przyczyną ognisk nekrotycznych i infarktów krwotocznych w mięśniu sercowym, rozmiękczenia mięśnia sercowego (*myomalacyja Zieglera*), pęknięcia serca, wytworzenia się blizn i tętniaków w mięśniu sercowym a niekiedy stanowią właściwą podstawę rozsianego włóknistego zapalenia mięśnia sercowego.

Swoistych objawów klinicznych zakrzepy i zatory te nie okazują. Objawy ich znikają pośród objawów choroby głównéj, miażdżycy tętnic, przerostu serca, zapalenia śródmiąższowego nérek, miażdżycy tętnic wieńcowych serca, wad zastawkowych lub przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego.

Daleko rzedziéj przydarzają się zakrzepy i zatory, które zajmują pień jednéj z tętnic wieńcowych, lub też jednę z większych gałęzi tychże. Zmiany te, jak dotąd, napotykane przy sekcyjach jako zboczenia przypadkowe, za życia nierozpoznane, znane są nawet ze stanowiska anatomopatologicznego w niewielkiéj liczbie przypadków, których większa część odnosi się do czasów najnowszych. Dosyć przytoczyć, że B. Cohn w dziele swojém „*Klinik der embolischen Gefaesskrankheiten*“ wydaném w r. 1860, a więc w czasie, gdy nauka o zatorze (*embolia*) znaczne już uczyniła postępy, z wyjątkiem spostrzeżeń Virchowa nie mógł wynaleźć w literaturze ani jednego przypadku zatoru tętnic wieńcowych i że autorowie tak nowszych, jakoteż i najnowszych dzieł specyjalnie chorobom serca poświęconych, omawiając te zboczenia nie wspominają nigdzie wyraźnie o swoich własnych spostrzeżeniach.

Oprócz przypadków Quaina z r. 1851, Boetgera z r. 1863 i jednego przypadku Cohna (l. c. str. 427), które — obok ogólnych uwag Rokitańskiego, Friedreicha i Leberta — stanowią główną podstawę opisów w podręcznikach lekarskich zawartych, w przystępnéj mi literaturze odszukać mogłem tylko następujące przypadki kazuistyczne zatoru lub zakrzepu większych gałęzi lub pnia tętnic wieńcowych szczegółowiéj opisane.

1. Przypadek opisany przez Panuma (*Virchow's Archiv* I. 25 str. 315), a rozgłośny z powodu, że dotyczył sławnego Thorwaldsena. Przy sekcyi wykonanej przez Dallerupa i Fengera obok zmian miażdżycowych w tętnicach, znaleziono ognisko miażdżycowe, które pękło do przedniej tętnicy wieńcowéj, wypełniło i zatkało takową swą miękką treścią.

2. Przypadek podany przez Cauchoisa (*Gaz. des hôp.* 1870 N. 34 i 35). U mężczyzny 78 letniego, który zmarł nagle, wykazała sekcyja zwężenie *art. coron. sin.* skutkiem miażdżycy i zwapnienia, następowy zakrzep w takowéj, infarkt krwawy w przedniéj ścianie lewéj komórki, rozpad tłuszczowy i następowe pęknięcie ściany komórki w tém miejscu.

3. Przypadek Lionvilla (*Gaz. med. Paris* 1868.) cytowany przez Quinckego (*Ziemsen Handbuch* T. VI wyd. II. str. 539), gdzie skutkiem zakrzepu w tętnicy wieńcowéj przyszło do przebicia przegrody komórkowéj; — również przypadki zestawione przez Oglégo (*Brit. med. review.* 1870) a referowane bardzo ogólnikowo w rocznikach Virchowa i Hirscha 1870 II. str. 97.

4. Przypadek Axel Keya (*Virchow Hirsch. Jahresber.* 1871. I. U mężczyzny 58 letniego, który zmarł nagle, znaleziono znaczne zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych serca. Były one rozszerzone a miejscami bardzo zwężone. W lewej tętnicy wieńcowéj w gałęzi przebiegającéj wzdłuż brzegu lewéj komórki, błona wewnętrzna naczynia zgrubiała i prawie skostniała, oderwaną była od błony średniéj na przestrzeni kilku centymetrów i zatykała całkiem światło naczynia.

5. Przypadek Birch-Hirschfelda (*Lehrbuch der pathol. Anatomie* 1877 str. 342) odnosi się do mężczyzny 40 letniego, poprzednio zupełnie zdrowego, który przez dwa dni skarżył się na lekkie uczucie duszności i na nieznaczne bóle w okolicy serca. Chory czuł się już znacznie lepiéj a wstawszy z łóżka, zmarł w przeciągu kilku sekund. Wśród choroby tętno było miernie przyspieszone, tony sercowe były czyste ale mniéj silne. Przy sekcyi znaleziono: W pniu lewéj tętnicy wieńcowéj zakrzep długości 1 ctm. wypełniający zupełnie światło tętnicy, w obwodzie brunatno czerwony i suchy, w środku ciemno czerwony i wilgotny, lekko przyklejony do błony wewnętrznéj tętnicy. Mięsień lewéj komórki nadzwyczaj blady, skurczony, tłuszczowo niezwyrodniały. Prawa połowa serca rozszerzona i mocno krwią wypełniona. Sądzę, że skrzep ten nie był zatorem, lecz zakrzepem (*thrombus*), albowiem w sercu nigdzie nie znaleziono skrzepów, śródsiedzie było prawidłowe, przebieg kliniczny nie odpowiadał zatorowi a nadto autor sam wspomina, że ta część błony wewnętrznéj naczynia do któréj przylegał była miernie zgrubiała i zwapniała, nierówna i miernie zwężona — tego samego zdania o przyrodzie jego jest Leyden (*Zeitsch. f. klin. Med. VII* str. 461), który jednakże bliższych powodów swego twierdzenia nie podaje.

6. Przypadek Laverana (*Union méd.* 1878 N. 23; — według roczników Virchowa i Hirscha 1878), dotyczy mężczyzny lat 47 liczącego. Pierwszy okres choroby, cechujący się objawami rozpoczynającego się śródmiąższowego zapalenia nerek i miażdżycy tętnic, nie sprawiał choremu żadnych dolegliwości. Przypadów *anginae pectoris* nigdy nie było. Choroba rozpoczęła się od ostrych przypadów a mianowicie od krwioplucia i duszności. Stłumienie serca bardzo powiększone, tony sercowe głuche ale czyste, tętno bardzo częste. Rozpoznano zapalenie osierdzia. Po nieznaczném poprawie objawów pojawiły się majaczenia, wśród których chory rychło zakończył życie. Przy sekcyi znaleziono nadmierny przerost lewéj komórki serca, mierną niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj i zatkanie

dolnéj części *art. coron. ant.* przez skrzep twardy i biały. W przedniéj ścianie lewéj komórki jama rozpadowa brunatną miazgą wypełniona; w płucach ogniska krwotokowe.

7. Przypadek Malmstena (*Hygiea 1.* 38, według roczników Schmidta T. 183 z r. 1879). Chory lat 65 liczący, bardzo otyły. Jadał dużo, sypiał długo po obiedzie, a zato czytywał nocami. Na kilka lat przed ostatnią chorobą cierpiał na kamyczki nerkowe i na zaparcie stolca; na wiosnę i w jesieni podpadał nieżytom oskrzelowym. Duszniey bolesnéj (*angina pectoris*) nigdy nie okazywał. Na dwa lata przed ostatnią chorobą miał tony sercowe słabe ale czyste. W rok późniéj stracił nagle przytomność, pojawiła się sinica a tętno osłabło; przypady te jednak rychło minęły. Obecna choroba rozpoczęła się od ogólnego osłabienia, bolu w krzyżach i barkach, uczucia gniecenia na piersiach i w dołku podsercowym, niepokoju i wstrętu do jedzenia. Thegerström, który go badał, znalazł tony sercowe słabe ale czyste; tętno było słabe i uderzało 64 razy na minutę. Nazajutrz tony sercowe zaledwie dały się dosłyszeć; tętno było słabe i rzadkie. W kwadrans potém nie można już było usłyszeć tonów serca; tętno w liczbie 40 ledwie macalne! nad tętnicami doglowowemi słychać było tylko słaby piersiowy ton, wkrótce i ten ton stał się niesłyszalnym. Pojawił się rychło objaw Cheyne-Stokesa, a chory wkrótce zakończył życie. Bezpośrednio przed śmiercią tętno lubo słabo na chwilkę dało się wymacać. Przy sekcyi znaleziono przerost serca, rozsiane zwyrodnienia częścią tłuszczowe, częścią włókniste mięśnia sercowego, miażdżycę tętnicy głównéj i zmiany w tętnicach wieńcowych serca. Te ostatnie tak się przedstawiały: Obiedwie były miażdżycowo zwyrodniałe z kostnemi pokładami na ścianach i jednostajnie rozszerzone. Światło prawéj tuż po odejściu z tętnicy głównej zwężone skutkiem zwapniałego pierścienia w jéj ścianie tkwiącego, w dalszym przebiegu w dwójnasób rozszerzone. Dwa cale od odejścia z tętnicy głównej prawa tętnica wieńcowa rozszerza się w tętniak wielkości grochu, wypełniony skrzepami, które rozciągają się na całą dośrodkową część téj tętnicy. W dalszym (obwodowym) przebiegu tętnica ta okazuje rozszerzenie, zgrubienie i zwapnienie ścian, ale nie zawiera skrzepów. Że śmierć w tym przypadku nie nastała nagle, tłumaczy autor tą okolicznością, że skrzepy nie odrazu zatkały całe światło naczynia, lecz przepuszczały jeszcze jakiś czas odrobinę krwi.

8. Przypadek J. L. Stevena (*Glasgow med. Journ. 1884*, według roczników Schmidta T. 207 str. 23). Śmierć nastała nagle. Lewa tętnica wieńcowa mocno zwapniała i prawie zupełnie niedrożna. W jedném miejscu w przebiegu takowéj mały tętniak wypełniony miękim skrzepem.

9. Przypadki wspomniane przez C. Weigerta w rozprawie: „*Ueber die pathologischen Gerinnungsvorgänge*“ w Archiwie Virchowa T. 79. str. 107, a opisane przez K. Hubera w T. 89. tegoż archiwu w rozprawie: „*Ueber den Einfluss der Kranzarterienerkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis.*“ Tu należy przyp. 6. na str. 240, odnoszący się do zakrzepu przyściennego gałęzi zstępującéj *art. coron. post.* dotkniętéj sprawą miażdżycową; przyp. 14. na str. 241, gdzie obok ogólnéj miażdżycy znacznego stopnia i miażdżycy tętnic wieńcowych serca, osobliwie w zakresie *art. coron. post.* gałąź zstępująca tejże tętnicy zajęta była zakrzepem przyściennym; 5 przyp. pokrótce wspomnianych na str. 245. z których dwa uważa autor jako zakrzep pierwotny, trzy zaś jako zator, który powstał skutkiem oderwania się zakrzepu znajdującego się w *art. coron. post.*; poczęści wreszcie zaliczyć tu można przypadek opisany na str. 250, gdzie w przebiegu zapalenia wsierdzia na zastawce dwudzielnéj, obok dawniejszych ognisk modzelowatych w mięśniu sercowym, znaleziono liczne świeże infarkty, które powstały z zatoru w zakresie mniejszych gałęzi tętnic wieńcowych, a zatory stwierdzone zostały naocznie.

10. Dwa przypadki Graesera (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.* T. 35). Jeden z nich odnosi się do preparatu anatomicznego ze zbioru w Erlandze, gdzie zakrzep *art. coron. sin. desc.* stał się przyczyną pęknięcia serca; drugi zaś szczegółowo opisany dotyczy chorego, który dłuższy czas cierpiał na napady duszności i zmarł nagle wśród takiego napadu. Obok przerostu serca znacznego stopnia i miażdżycy tętnic wieńcowych znaleziono skrzep 9 cm długi w prawéj tętnicy wieńcowéj.

Nie ulega wątpliwości, że wiele przypadków zakrzepu i zatoru pni i większych gałęzi tętnic wieńcowych przeoczonych bywało i dotąd bywa przy sekcyjach, i to właśnie takich przypadków, które pociągają za sobą śmierć nagłą, gdzie więc nie ma czasu do rozwinięcia się następowych zmian w mięśniu sercowym, które łatwo wpadają w oczy, a sekcyjonującego, jeżeli jest biegłym rzeczy, naprowadzają na szczegółowe badanie tętnic wieńcowych.

Z powyższego zestawienia znanych w literaturze przypadków widać przedewszystkiém, że odnoszą się one przeważnie do zakrzepu (*thrombosis*), a mała tylko liczba do zatoru (*embolia*) w tętnicach wieńcowych. Ponieważ ta ostatnia sprawa na teraz nas bliżéj obchodzi, przeto godzi się nadmienić, że ją dotąd rzadko tylko spostrzegano. — Daléj przekonać się można, że przypadki powyż zestawione mają przedewszystkiém tylko znaczenie anatomo-patologiczne, gdyż ograniczają się w przeważnéj części do opisu zmian na zwłokach stwierdzonych. Opisów klinicznych albo wcale nie ma, albo też są one bardzo pobieżne i niedostateczne W żadnym z powyższych przypadków nie rozpoznano za życia zatoru a względnie zakrzepu tętnic wieńcowych, a nawet istnienia tych zmian za życia nie przypuszczano. W żadnym z powyższych przypadków nie podano objawów, któreby wprost odpowiadały zatorowi lub zakrzepowi, albowiem w przypadkach klinicznie opisanych znajdowała się prawie zawsze miażdżyca tętnic wieńcowych serca, (częstokroć ze zwężeniem tychże i z następowemi zmianami w mięśniu sercowym), od któréjto w pierwszym rzędzie, a nie od zatoru lub zakrzepu, zależały objawy za życia spostrzegane.

Symptomatologija kliniczna zatoru i zakrzepu tętnic wieńcowych serca ogranicza się więc dotąd przeważnie do słusznego zresztą, jednak niezadawalającego pewnika, że zatory i zakrzepy tętnic wieńcowych wywołać mogą śmierć nagłą wśród przypadów porażenia serca, albotéż zamiast objawów klinicznych przytaczane bywają wyniki z doświadczeń na zwierzętach otrzymywane przy sztuczném zamknięciu tętnic wieńcowych, albo téż wreszcie objawy zamknięcia tętnic wieńcowych serca skutkiem powoli rozwijającéj się sprawy miażdżycowéj stawiane bywają na równi z przypadami klinicznemi zatoru lub zakrzepu. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że doświadczeniami dokonanemi na zwierzętach tłumaczyć można wiele objawów chorobowych, jak również naprzód przypuścić można, że objawy powoli rozwijającéj się niedrożności tętnic wieńcowych skutkiem miażdżycy, równać się będą objawom zwolna wytwarzającego się w tętnicy wieńcowéj zakrzepu; ściśle jednakże rzecz biorąc, symptomatologija zboczeń chorobowych u człowieka spostrzeganych opierać się winna w pierwszym rzędzie na spostrzeżeniach klinicznych wprost do tego zboczenia się odnoszących.

(Dok. n.)

XIV. Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi.

Skreślił

Prof. Dr. J. Mikulicz.

Uproszczenie opatrunku antyseptycznego, pewność wyniku przezeń osiągniętego, postąpiły bezsprzecznie tak daleko, iż większość chirurgów żywi to przekonanie, że cel naszych wysiłków został już dopięty. Słuszne to w istocie zadowolenie, tém więcéj, gdy tkwi już przeważnie w naturze ludzkiéj zachowawczéj chęć odpoczynku i używania dobrze zasłużonéj nagrody za długoletnie i żmudne znoje. Jednakże sposób leczenia ran, jak każda sztuka techniczna, podlega coraz dalszym odmianom i ulepszeniu. Bez nadziei zdobycia tak wiel-

kich postępów, które przyniósł ostatni dziesiątek lat na têm polu, nie możemy przecież, a nawet nie wolno nam uchylać się od dalszego doskonalenia przyjętego dotąd postępowania.

Pierwotny sposób Listera runął powoli w wielu swych składnikach istotnych, które z czasem zostały porzucone, lub zastąpione innemi prostszemi, a dogodniejszemi środkami.

Jedynie tylko staranne drenowanie ran, zachowało dotąd u przeważnéj części chirurgów korny i trwożliwy szacunek. Poglądy wyniesione głównie jeszcze z przedantyseptycznéj epoki co do rozkładu i zjadliwości pierwotnéj wydzieliny przyrannéj, zniewalały, mimo antyseptyki, do czuwania nad odpływem wydzieliny. Nie było tajném przecież, że i antyseptyczne środki nie chronią w zupełności ran od wtargnięcia istot drobnowidowych, i zgodnie z têm zapatrywaniem wykryto téż bakteryje rozwijające się pod opatrunkiem antyseptycznym w saméj wydzielinie ran tak zw. aseptycznych. Właśnie co dopiéro wykazał asystent mój Dr. Bossowski szeregiem starannych spostrzeżeń, że o wiele częściéj, niż dotąd przypuszczano, znachodzą się pod opatrunkiem antyseptycznym nietylko obojętne, lecz również chorobotwórcze organizmy, a mianowicie t. zw. koki ropne. Równocześnie nadmienić muszę, że obecność koków ropnych nie pociąga za sobą bynajmniéj ropienia we wszystkich nawiedzonych niemi przypadkach.

Niepewność naszéj antyseptyki w tym kierunku raz stwierdzona, tłomaczy zarazem obawę naszą, iż przy niedostatecznym odpływie wydzieliny, zastój i rozkład téjże, czyli innemi słowy całe niebezpieczeństwo ogniska martwego, może zagrażać.

Rzecz osobliwsza, że właśnie wobec tych ran operacyjnych, gdzie zatrzymanie się i rozkład wydzieliny musiałby najgroźniejsze wywołać następstwa, już od dawna prawie zupełnie wzięto rozbrat z drenowaniem. Dotyczy to laparatomij, których wyniki od chwili porzucenia sączków, jak wiadomo z każdym rokiem się polepszają. Przeświadczenie o bezskuteczności drenowania jamy otrzewnowéj za pomocą sączków, w każdym przypadku bez wyjątku, które przeważnie jest zbytecznêm, a w wielu razach nawet grozi niebezpieczeństwem, skłoniło pominąwszy rzadkie przypadki do zamknięcia zupełnego rany brzusznéj, aby w ten sposób zapewnić zranionemu ustrojowi niezamącony spokój przez cały ciąg gojenia.

Dlaczegóż miałby nas spotkać zawód w tym kierunku wobec mniéj groźnych, zaotrzenownych ran?

Znaną jest zasługa Neubera i Esmarcha, zmierzających statecznie do oswobodzenia ran zaotrzewnowych od drenowania za pomocą rurek z kauczuku. Pierwotnym celem ich zabiegów było uchylenie, ile można zupełne zmiany opatrunku, a więc wygojenie rany pod jednorazowym opatrunkiem. Dążenie to w części zaspokojone już przez sączki ulegające wessaniu z kości odwapnionéj, starał się Neuber urzeczywistnić, zapewniając odpływ wydzieliny z ran operacyjnych przez pozostawienie w nich miejsc odpowiednich bez zespojenia szwem, a w razie potrzeby zakładając odrębne otwory dla odpływu w miejscach spadzistych. Wyniki w ten sposób osiągnięte przez Neubera i Esmarcha świetnie się sprawdziły. Mimo to jednak postępowanie ich nie wywołało wszędzie zasłużonego oddźwięku. Przyczyny szukać wypada zapewne w têm, że dla wielu chirurgów sposób ten nie okazywał dostatecznego bezpieczeństwa. Zasadniczo téż nie uległo zmianie drenowanie ran przez metodę Neubera i Esmarcha. Stworzyli oni jedynie inny środek do tego samego celu; przez staranną pieczę około odpowiedniego umieszczenia otworów odpływowych i z pomocą dokładnego opatrunku uciskającego usuwają również jak najtroskliwiéj wydzielinę z rany.

Nie trudno téż zrozumieć, że większa część chirurgów stroniła od wyuczenia się techniki téj metody, która nie obiecywała nic innego nad to, co dotąd osiągnięto. Kłopotliwe zmiany opatrunku wetowało u przeważnéj części chirurgów uspokojenie, które budził przy przemianie widok pomyślnego stanu rany.

Na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie wytknął Schede metodę leczenia ran, która zmierza do podobnego celu, wychodzi jednak z odmiennego punktu widzenia (*Arch. Langenbecka* T. XXXIV. zesz. 2). Schede oparł się na dawno znaném spostrzeżeniu, że większe nawet skrzepy krwi w ranach aseptycznych nie podlegają rozpadowi i ropieniu, ale doznają zmian, które odpowiadają przeobrażeniu się zakrzepu w podwiązaném naczyniu i zgodnie z têm mogą nosić nazwę organizacyi skrzepu krwi. Z doświadczenia tego skorzystał już Volkmann, aby osłonić ubytki w obnażonych kościach i przyspieszyć ich wygojenie. Wolny skrzep krwi, wypełniający ranę opatrzoną antyseptycznie, utrzymuje się czas dłuższy pozornie bez zmiany; zwolna jednak ustępuje miejsca jędrnéj ziarninie z głębi bujającéj, która przetrawia go niejako i sama w zwykły sposób zabliźnieniu ulega; lub téż zalega on powierzchnię jako pokład powoli odbarwiający się i kurczący, pod którym bujająca warstwa ziarniny przeobraża się w bliznę i który wówczas odpada jako strup z zabliźnionéj rany. Ztąd téż nazwa: gojenie rany pod wilgotnym strupem.

Podania Schedego opierają się na doświadczeniu zdobytém w 200 blisko przypadkach. W żadnym z nich nie wynikła dla chorego szkoda. Z małemi wyjątkami nastąpiło idealne wygojenie pod strupem krwi. Jak wyżej nadmieniłem spożytkował Schede ten sposób leczenia przedewszystkiém do operacyi na kościach. I tak znajdujemy w jego wykazie znaczną liczbę resekcyj wielkich stawów, z wyjątkiem stawu biodrowego, wydłutowanie ognisk gruźliczych z otwarciem względnie zdrowych stawów lub bez tego, nekrotomije i inne zabiegi na kościach. Niemniejsze znaczenie ma ta metoda według doświadczenia Schedego w operacyjach na ścięgnach, które nawet w przypadkach przecięcia i całkowitego odsłonięcia, niepokryte skórą, pod strupem od obumarcia się chronią i bezpośredniemu zgojeniu podpadają. Szereg otwartych przez przecięcie ścięgien, wobec stopy szpotawéj, wobec skurczenia kolana i krzywéj szyi, jakotéż kilka przypadków zranienia ścięgien nad stawem nadgarstkowym leczył Schede z świetnym skutkiem według tejże metody.

Z umysłu wniknąłem głębiéj w treść wykładu Schedego, gdyż doniosłość jego nie zdaje mi się być ze wszech stron dostatecznie ocenioną. Z méj strony przyznać muszę, że doniesienie Schedego zaciekawiło mię niezmiernie i zniewoliło do przeprowadzenia tegoż postępowania natychmiast w mojéj klinice. Prawdą jest, że Schede nie wyłożył nam wcale nowych faktów, ani nie wytknął nowego celu w leczeniu ran. Zdolność przeistaczania się aseptycznych skrzepów krwi znamy już oddawna dzięki Lesserowi i Volkmannowi, opatrunek trwały z uchyleniem sączków zakładali już Esmarch i Neuber. Gojenie jednak pod strupem krwi, zdolności organizowania się skrzepu krwawego wyjątkowo tylko znachodziły świadome zastosowanie, a opatrunek trwały łączył się z lękiem i troską o odpływ

wydzieliny przyrannéj. Schedemu przypadła niewątpliwie zasługa, że umiał zużytkować zdolność organizowania się krwi w obszernéj mierze i świadomość celu do wypełnienia i leczenia ran i że ugruntował nową podstawę odpowiednią przyrodzie dla trwałego opatrunku antyseptycznego. Organizowanie się skrzepłéj krwi pośredniczy w gojeniu się wszystkich zranień podskórnych, jak się to drogą naturalną odbywa w złamaniach, przerwach mięśni i ścięgien i stłuczeniach. Również w przypadkach licznych zranień otwartych czy to przypadkowych, lub zadanych ręką chirurga, liczyliśmy dotąd na zorganizowanie się skrzepu krwi, wymienię tylko rany postrzałowe, rany po osteotomii i podskórném przecięciu ścięgien. A nawet w ranach zaopatrzonych starannie w sączki trudno nieraz przeszkodzić, aby część jamistéj rany nie zapełniła się krwią, która nie przynosi najmniejszéj szkody gojeniu. Rozważyć wypada, czy nawet podobna po resekcyi większego stawu za pomocą uciskającego opatrunku części miękie wtłoczyć tak między odcięte końce stawowe, aby w zupełności znieść jamę?

Słusznie twierdzi Schede, że gojenie pod wilgotnym strupem odbywa się bez wydzieliny. Zdaniem mojem nie ma też różnicy zasadniczéj w tym kierunku między ranami metodą Schedego leczonemi, a zaopatrzonemi w sączki, jeśli przebieg drugich dokładnie jest aseptyczny. Przy zmianie opatrunku w 4 lub 5 dniu po operacyi znachodzimy w ostatnim przypadku sączki wypełnione odbarwionym skrzepem krwi, a na opatrunku w miejscu otworu sączkowego ślad wydzieliny śluzowo-surowiczéj; zresztą zawiera opatrunek tylko krew wyciekłą w pierwszych godzinach po operacyi. Skąpa ilość napotkanéj wydzieliny przyrannéj wydobyła się niezawodnie z najbliższéj okolicy sączka, a w braku tegoż nie przyszłoby do jéj wysięku.

Cenną tę właściwość aseptycznych skrzepów krwi wyzyskał Schede na rozległą skalę, aby większe i mniejsze ubytki w kości i częściach miękkich zapełnić, aby w ten sposób stworzyć dla części ran niepokrytych skórą ochronną powłokę i szybsze w nich wzniecić gojenie bez ropienia. Technika postępowania Schedego jest nader prosta. Z chwilą ukończenia zabiegu operacyjnego, czy to resekcyi, czy też nekrotomii, lub wydłutowania ogniska gruźliczego, zespaja się ranę tak, aby pozostała wolna szpara dla odpływu nadmiernéj ilości krwi, a jeśli ta nie wystarcza, wówczas tworzy się jeszcze w odpowiedniém miejscu odrębne otwory odpływowe (Neubera *Knopflöcher*).

Jeśli operacyja sama przez się pociąga znaczniejszy ubytek skóry. to odpływ zbytecznéj krwi sam przez się jest zapewniony. Skoro krew zalała ranę jamistą, względnie ubytek w skórze, aż do poziomu téjże, kładzie się na ranę kawałek Listerowskiego *protectiv silk* i pokrywa ją opatrunkiem dobrze wsysającym i rychło wysychającym. Do szwu używa Schede wyłącznie, jak się zdaje, katgutu. Opatrunek pozostaje niezmieniony przez ciąg 2—4 tygodni. Po upływie tego czasu znachodzimy ranę w zupełności zabliźnioną pod wilgotnym strupem, lub też napotyka się powierzchowny pokład ziarniny czystéj, który ulega zabliźnianiu. Zresztą przebieg operacyi nie różni się wcale. Do pomyślnego gojenia pod strupem krwi należą według Schedego następujące warunki:

1) Zupełna *asepsis* rany.

W zakażonéj ranie, jak łatwo zrozumieć, ulega zropieniu skrzep krwi, a to nietylko zniweczy skutek, ale nawet może sprowadzić niebezpieczeństwo dla chorego. Jeśli przeto nie można zaręczyć za dokładną *asepsis*, natenczas lepiéj według rady Schedego doczekać się ziarniny pod opatrunkiem antyseptycznym i dopiéro następowo przez zdrapanie téjże wypełnić jamę krwią.

2) Jama winna być dokładnie wypełniona krwią.

3) Odpływ nadmiernéj ilości krwi z rany musi być należycie zapewniony.

4) Krew w ranie należy ustrzedz od wyparowania, a przeciw temu służy *protective silk*.

5) Wyparowanie i wysychanie krwi zewnątrz rany nagromadzonéj w opatrunku należy ułatwić, jak najkorzystniéj. Zadaniu temu odpowiada najlepiéj, jak wiadomo, opatrunek rychło wysychający z mchu lub wełny drzewnéj.

(Dok. nast.)

XV. Nowa metoda autoplastyki.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński
w Krakowie.

W ostatnich czasach wystąpili dwaj znakomici chirurdzy niemieccy z pracami, mającemi na celu, przywrócenie i ustalenie dwóch metod plastycznych już dawniéj podanych, ale z biegiem czasu prawie zupełnie zapomnianych.

Jak wiadomo użył Graefe z początkiem obecnego stulecia świeżego płatu skóry wykrojonego z ramienia i z témże za pośrednictwem szypułki w związku pozostającego do wytworzenia nosa u tego samego osobnika i nazwał metodę tę rinoplastyki metodą niemiecką w przeciwieństwie do dawniejszéj metody włoskiej Tagliacozzego, który wytwarzał nos z takiegoż samego i podobnie wykrojonego płatu, lecz po poprzedniém zabliźnieniu się jego.

W obec niekorzystnego o nich orzeczenia, wydanego przez Dieffenbacha, który podał ogólnie przyjęte nowsze metody rinoplastyczne, upadły obydwie te metody nie tylko jako metody rinoplastyczne, lecz także jako metody plastyczne w ogólności, służące do zastąpienia ubytku skóry, osobliwie zaś po nieudanych próbach Zsigmondyego, Wutzera i Szymanowskiego, chociaż ten ostatni bardzo za tą metodą przemawiał i jéj nieudanie się jedynie niedostatecznemu unieruchomieniu odnóg przypisywał.

Przepowiednię Szymanowskiego urzeczywistnił dopiero w r. 1885 H. Maas, tak przedwcześnie dla nauki i ludzkości zgasły chirurg würzburski, który w 31 tomie archiwu Langenbecka ogłasza pięć rozmaitych przypadków ubytku skóry, wyleczonych za pomocą autoplastyki z odległych okolic, jak np. przygojenie płatu z jednéj odnogi na drugą, kładąc przytém główny nacisk na dokładne ustalenie odnóg za pomocą opasek gipsowych, na dokładne odświeżenie wrzodu, a wreszcie na ochronę szypułki płatu od zeschnięcia co najłatwiéj przez grube nałożenie maści borowéj osiągnąć się daje.

Prawie równocześnie, bo na wiecu chirurgów niemieckich w tymże roku odbytym, przypomniał Esmarch zgromadzonym kolegom inną, także już dawniéj przez Büngera podaną, a przez angielskiego okulistę Wolfego bardzo polecaną metodę anaplastyczną, w której na świeży ubytek przypadkowy lub umyślnie wytworzony, przygaja się większe kawałki skóry zupełnie od swéj podstawy oddzielone i po-

parł wywody swe rysunkami czterech przypadków pomyślnie w ten sposób leczonych.

Jeżeli przyznaję, że w wielu przypadkach, które w skutek ubytku skóry i ztąd wynikłéj niedostatecznéj funkcyi członków kwalifikowały się nawet do amputacyi lub innéj ciężkiéj operacyi, możemy za pomocą tych metod chorym uratować członki i uczynić je przydatnemi do właściwych czynności, to nie mogę jednak zataić przekonania, że jedna z nich (Esmarcha) nie wszędzie da się zastósować, druga zaś (Maasa) jest bardzo komplikowaną i wymaga niezwykłéj cierpliwości ze strony lekarza i chorego, osobliwie zaś tego ostatniego.

Tak stały rzeczy, gdy w połowie stycznia 1886 r. zgłosiła się na mój oddział 22-letnia dziewczyna wiejska z uporczywym wrzodem zajmującym całą piętę stopy prawéj i otoczonym brzegami modzelowatemi. Chora podaje, że wrzód ten powstał przed ośmioma laty skutkiem odgniecenia przez obówie i doprowadza ją prawie do rozpaczy, gdyż nietylko przeszkadza jéj przy pracy i zarobkowaniu, ale nie pozwala jéj nawet chodzić.

Postanowiłem najprzód wrzód ten zagoić za pomocą zwykłéj plastyki bocznéj wykonanéj sposobem Dieffenbacha. W tym celu wyciąłem w dniu 25 stycznia cały wrzód wraz z jego brzegami modzelowatemi w kształcie trójkąta szczytem zwróconego ku tyłowi i pokryłem ubytek ten dwoma płatami prostokątnemi, wziętemi ze skóry, położonéj pod kostkami. Niestety uległy obydwie ku sobie zwrócone połowy płatów zgorzeli tak, że właśnie najważniejsza, bo środkowa, część pięty pozostała niepokrytą.

Mimo to zabliźniła się rana w kilka tygodni i chora opuściła szpital w dniu 4 kwietnia jako wyleczona. Radość jéj jednak nie była długą, jak to zresztą łatwo można było przypuścić, wytworzył się bowiem w skutek chodzenia w bliźnie wrzód, który wkrótce doszedł do tych samych rozmiarów, jak poprzedni, a pacyjentka zrozpaczona zgłosiła się w pierwszych dniach października powtórnie na mój oddział, błagając, aby ją doszczętnie uwolnić od dręczącego ją kalectwa.

Gdy ponowna plastyka przez zesunięcie płatów, jednego bocznego, a drugiego z podeszwy, i tym razem zawiodła z powodu obumarcia płatu bocznego, nie pozostawało mi nic innego, jak uciec się do autoplastyki Maasa, t. j. przygoić płat wzięty z przeciwnéj, t. j. lewéj, łydki na świeżo okrwawionéj pięcie prawéj; do heteroplastyki bowiem czy to sposobem Reverdina, czy też powyżéj opisanym sposobem Esmarcha nie mogłem w tym przypadku nabrać zaufania z powodu, że tu nie o samo pokrycie ubytku się rozchodziło, lecz o zastąpienie go takim materyjałem, któryby mógł wytrzymać ciężar ciała, a tego od płatków skóry, nawet większych, z góry spodziewać się nie mogłem.

Mając przystąpić do autoplastyki Maasa rozpatrywałem się w jéj szczegółach i wyznać muszę, że mię odstraszyła na razie ta okoliczność, iż mam polecić choréj leżeć nieruchomo, jakby za karę, z odnogami w niedogodnéj pozycyi razem zgipsowanemi przez dni ośm do dziesięciu. Dla tego pozostawiłem sobie sposób ten w rezerwie na przypadek, gdyby mi się nie udało przenieść zdrowego i jędrnego płatu skóry z łydki na téj saméj, tj. prawéj, odnodze położonego, a do urzeczywistnienia tego przedsięwzięcia powziąłem następujący plan.

Aby płat z téj saméj łydki mógł dostać się aż do pięty, potrzeba do tego wązkiéj i długiéj szypułki, co, jak wiadomo, staje się przyczyną złego odżywienia, a następnie obumarcia płatu; chcąc przeto temu zapobiedz, postanowiłem wykonać z nim powolną wędrówkę, w którymto celu wykroiłem płat z łydki z krótszą szypułką, niżby to wystarczało na przeniesienie go na piętę, z podstawą tuż nad kostką zewnętrzną położoną i wykręciłem go ku dołowi tak, że on znalazł miejsce w bocznych częściach pięty, które poprzednio odświeżyłem. W ten sposób płat nie uległ obumarciu, a boczna część i kawałek podeszwowéj pięty u choréj pokryły się grubym jędrnym płatem, wystającym znacznie nad resztę skóry téj okolicy wiotkiéj i źle odżywionéj. Po dziesięciu dniach, gdy miałem zupełną pewność, że płat ten przyjął się na nowém miejscu swego pobytu, przystąpiłem do drugiéj części operacyi, t. j. odświeżyłem resztę pięty niepokrytéj w kształcie trójkąta i pokryłem płatem prostokątnym wykrojonym z odzyskanéj przez poprzednie przesiedlenie jędrnéj części bocznéj. Wynik był wyborny, albowiem nowy płat drugorzędny czyli wędrowny utrzymał się dobrze i doczekałem się przecież, że pięta pokryła się płatem jędrnym, który dobrze się utrzymuje i już obecnie w kilka tygodni po ostatnim rękoczynie choréj przechodzić się pozwala.

Z opisu tego wynika, że moja metoda, chociaż zastósowana dopiero w jednym, lecz z rzędu najuporczywszych przypadków, okazuje się w porównaniu z metodą Maasa o wiele łatwiejszą, wcale chorego nienużącą, a co do wyników zupełnie na równi stojącą.

Polecając ją uwadze szanownych kolegów dodaję, że dla łatwiejszego porozumienia się nazwałem ją „plastyką wędrującą“ czyli w jednym acz z barbarzyńskiéj łaciny zapożyczonym wyrazie „migroplastyką“.

W końcu nadmienić muszę, że prawie równocześnie nadarzyła mi się sposobność wypróbowania téj metody w innym kierunku, a mianowicie po przypadku operacyi plastycznéj, przedsięwziętéj z powodu zapadnięcia nosa. U dziewczyny 17-stoletniéj Sali H., dotkniętéj kiłą wrodzoną, przyszło pomimo odpowiedniego leczenia do utraty przegrody nosowéj a w następstwie do zapadnięcia końca nosa wraz z lewém skrzydłem bliznowato zmienioném. Wykonałem u niéj podniesienie zapadniętych części za pomocą operacyi plastycznéj, opisanéj przezemnie w 10tym Nrze Przegl. Lek. z r. 1886, (a po niemiecku w XXIV tomie *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*), aby późniéj przystąpić do wytworzenia przegrody. Gdy jednak w dalszym przebiegu okazało się, że wykonanie tego przedsięwzięcia jest niemożebném, z tego prostego powodu, iż za szczupły otwór nosowy nie nadawał się do umieszczenia w nim przegrody, postanowiłem przynajmniéj tak obniżyć koniec nosa, aby tenże mógł pojedyńczy otwór nosowy przysłonić i tym sposobem brak przegrody zamaskować. Cel ten udało mi się osiągnąć właśnie przez zastósowanie „wędrującéj plastyki“, albowiem płat poprzednio w lewém skrzydle umieszczony a z lewego policzka wzięty, posunąłem ku dołowi wraz z końcem nosa i prawém skrzydłem, a ubytek przez to powstały w saméj połowie nosa zastąpiłem drugim płatem, wziętym z prawéj bocznéj powierzchni nosa i policzka. Szanowni koledzy, którzy widzieli pacyjentkę przedstawioną na posiedzeniu Tow. Lek. krak. w dniu 1go grudnia 1886 odbytém, mieli sposobność przekonania się, że zgrabność nowo wytworzonego, a raczéj z głębi wydobytego, nosa nie dawała wiele do życzenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 8 Stycznia 1887. Nr. 2.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O wrzodzie okrągłym części pochwowej macicy i pochwy (zwanym wrzodem żrącym Clarka).

(Z ryciną).

Podał
Prof. Browicz.

W r. 1821 zwrócił Clarke (*Observ. on the diseases of females*) uwagę na owrzodzenia wychodzące z szyjki lub części pochwowéj macicy, owrzodzenia o nieregularnych, zatokowatych brzegach, dnie nierównem, zielonawo-czarném, drążące powoli coraz głębiéj, tak iż w końcu część pochwowa i szyjka macicy zupełnemu uledz mogą zniszczeniu, mogącemu zająć nawet pęcherz moczowy i odbytnicę. Owrzodzenia te dają powód do znacznych, a nawet śmiertelnych, krwotoków z naczyń nadżartych. Nader rzadkie te zmiany znane są pod nazwą wrzodu żrącego, *ulcus corrodens, phagedaenicum uteri.*

Prócz Clarka opisywali, według Kloba, zmiany te także Lever i Baillie. Niemieccy ginekologowie skłaniali się do zdania, iż pod tą nazwą angielscy autorowie opisywali przypadki szybko rozpadających się raków. Późniejsze badania wykazały jednak, iż jakkolwiek przeważną może ilość przypadków nader w ogóle rzadkich wrzodów żrących odnieść można do owrzodzeń na tle szybko rozpadających się raków powstałych, istnieją jednakże wrzody przedstawiające znamiona przez Clarka podane, w których badanie mikroskopowe śladu raka nie wykazuje.

Förster (*Handb.* II, 417) i Rokitansky (*Lehrb.* III, 478) stwierdzili niewątpliwy brak śladów raka w przypadkach przez siebie badanych, toż samo stwierdza przypadek Klebsa (*Handb.* str. 874), który ze względu na okres zmian szczegółowiéj przytaczam.

U kobiety młodéj, która zmarła w skutek krwotoku z części płciowych (podobnież i w przypadku Förstera krwotok był przyczyną śmierci), znalazł Klebs część pochwową okrągławą, dosyć długą, ujście zewnętrzne wąskie. Około ujścia na szczycie bezwrębowéj części pochwowéj znajdowało się płytkie owrzodzenie tłuszczowego nieco wejrzenia, barwą niewyróżniające się od otoczenia, na którego dnie znajdowały się cztery otwarte tętniczki. Badanie dna wrzodu wykazało brak zmian reakcyjnych, zapalnych lub nowotworowych. Przybłonek w otoczeniu wrzodu był niezmieniony i ostrą przedstawiał granicę ku powierzchni owrzodzenia.

Wrzody żrące Clarka pojawiać się mają głównie u kobiet starszych, nie brak już jednak spostrzeżeń, iż i u kobiet młodych zmiany te rozwinąć się mogą (Förster i Klebs).

Przyczyna tych wrzodów nierakowego pochodzenia nie jest dotychczas znaną, co wielką rzadkością tych przypadków tłomaczyć się daje.

Rokitansky zwraca uwagę na wielkie podobieństwo ze zmianami liszaja żrącego (*lupus*).

Brak zmian reakcyjnych na dnie i w brzegach wrzodu, kształt okrągły na najwyższym szczycie części pochwowéj istniejącego, ostro ograniczonego wrzodu w przypadku przez siebie badanym, skłania Klebsa do porównywania zmiany téj z wrzodem okrągłym żołądka i przypuszczenia, iż działanie żrące zmienionéj wydzieliny pochwy, obok możliwego udziału miejscowych zaburzeń w krążeniu, jest podobnie jak w żołądku przyczyną zmiany.

Przypadek wrzodu okrągłego pochwy, jedyny w swoim rodzaju, ogłoszony przez Zahna (*Arch. Virchowa* t. 95, str. 388), rzucił jaśniejsze światło i na etyjologiję wrzodów Clarka w szyjce lub na części pochwowéj macicy napotykanych.

U kobiety 76 letniéj znalazł Zahn w górnéj części pochwy okrągławy wrzód o brzegach ostrych, spadzistych, nietwardych, bladych podobnie jak i reszta powierzchni pochwy. Dno wrzodu przeciwnie nadzwyczaj przekrwione i cienką warstewką ropy pokryte. Mikroskopowe badanie wykazało, że dno wrzodu tworzy tkanka ziarninowa (granulacyjna), innych składników tkankowych nie było ani w dnie wrzodu ani w brzegach wrzodu. Ważną zmianę przedstawiała tętnica maciczna i odgałęziająca się od téjże tętnica pochwowa. Ściany tych tętnic były znacznie grubsze i światło do minimum zwężone. Zwężenie to, szczególnie wybitne w gałązce tętniczéj, zdążającéj w kierunku, gdzie się wrzód rozwinął, światło téj gałązki było zupełnie zarośnięte.

Zahn słusznie tłumaczy powstanie wrzodu tego po wykluczeniu, na podstawie dokładnych dat anamnestycznych, możliwego wpływu urazu lub ucisku ze strony np. krążka

używanego, jako wynik zaburzenia w odżywieniu tej części błony śluzowéj pochwy, zaburzenia wynikającego ze stanu tętnic tak znaczne zmiany przedstawiających. O stanie naczyń mikroskopowych, w bezpośredniém otoczeniu wrzodu tkwiących, nie ma wprawdzie wzmianki, w rezultacie badania mikroskopowego istnienie tychże na pewne przypuścić możemy, te bowiem zmiany wytłumaczyć nam mogą ograniczoną, ogniskową cechę zmian w ścianie pochwy.

Zwraca on również uwagę na wybitną analogiję z wrzodem okrągłym żołądka, zawisłym głównie od zaburzeń w krążeniu.

W r. 1886, (Nr. prot. 290) nasunął mi się przypadek, a wynik badania tegoż wyjaśnia dostatecznie etyjologiję wrzodów żrących Clarka, przypadek ciekawy i z tego powodu, iż równocześnie tak na części pochwowéj macicy, jakoteż w pochwie znajdują się zmiany stanowiące temat niniejszego artykułu, i że przedstawiają wszystkie fazy rozwoju swego.

U kobiety 59 letniej, zmarłéj w skutek zapalenia płuc włóknikowego (nie przytaczam szczegółowego protokółu sekcyi, gdyż zmiany innych narządów nie mają żadnego związku ze zmianami, o które chodzi), znalazłem rozległą miażdżycę układu tętniczego.

Po wyjęciu macicy razem z pochwą przedstawił się stan tychże następujący:

Macica przedstawia zmiany starcze, tętnica maciczna i jéj rozgałęzienia makroskopowe drożne, nieznacznie miażdżycowo zwyrodniałe. Po otwarciu macicy i pochwy cięciem wzdłuż tylnéj ściany przeprowadzoném, przedstawia część pochwowa (rysunek dołączony uwidoczniający dokładnie położenie i kształt wrzodów zdjęty jest z preparatu przechowanego w wyskoku, w skutek tego skurczonego), dwa głębokie boczne wręby rozdzielające ją na przodkową i tylną część. Na tylnéj wardze, po stronie prawéj, na najwyższym jéj szczycie znajduje się jedno ognisko okrągławe (lit. *a*, rysunek podaje zmiany prawie w naturalnéj wielkości), w pochwie zaś kilka tegoż samego wejrzenia ognisk ostro odgraniczonych, szarawéj w środkowej części brunatnawo-czarnéj barwy. Powierzchnia tych ognisk gładka, w tym samym poziomie położona co reszta wargi lub pochwy. Ogniska te nie przedstawiają więc ubytku, nie mają znamion właściwego wrzodu, są one jakby okrojone, płyciutkim rowkiem od otoczenia oddzielone.

Lit. *b*. rys. wskazuje trzy płyciutkie, drobne wrzodziki o dnie téj saméj barwy jak otoczenie.

Lit. *d*. rys. wskazuje rozległe ognisko jakby z połączenia dwóch ognisk powstałe, które w części górnéj przedstawia to samo wejrzenie co i reszta ognisk, w dolnéj części powierzchnię owrzodziałą, nieco strzępiastą, o brzegach ostrych, cienkich, gładkich. (W miejscu wskazaném lit *c*, wycięto początkowo kawałek ściany pochwy z dwoma ogniskami do badania mikroskopowego).

Badanie mikroskopowe wykazało, iż ogniska owe, ściśle odgraniczone, są częściami nekrotycznemi tkanki. Budowa tkankowa w tych miejscach zupełnie zatarta, ku brzegom tych ognisk staje się wyraźniejszą, tak iż tkanka nekrotyczna stopniowo przechodzi w tkankę zdrową, tworzącą otoczenie, brzegi owych ognisk. Pokład przybłonkowy prawidłowy w otoczeniu ognisk, ginie prawie przy brzegu ognisk nekrotycznych, które zupełnie pozbawione są powłoki przybłonkowéj i przedstawiają powierzchnię pod mikroskopem nierówną jakby powyżeraną. Wśród tkanki otaczającej ogniska nekrotyczne nie ma śladu jakichkolwiek zmian, tkanka przedstawia własności prawidłowéj, właściwe części pochwowej lub pochwie. Naczynia wśród samych ognisk nekrotycznych przedstawiają zamazane wejrzenie, natomiast w otoczeniu ogniska, a mianowicie na dnie tegoż, przedstawiają się ściany zgrubiałe a w licznych, mianowicie drobniejszych, wnętrze wypełnione tkanką komórkową głównie z wrzecionowatych komórek złożoną, — obraz typowy obliteracyi naczyń.

Część nekrotyczna ognisk była w niniejszym przypadku jeszcze w związku z tkanką zdrową, warstwy nekrotyczne nie oddzieliły się jeszcze, zmiany te przedstawiają więc okres początkowy, w ognisku a raczej dolnéj części ogniska na rys. lit. *d*, oznaczoném okres późniejszy owrzodzenia.

Pomiędzy zmianami ogniska na części pochwowéj a ogniskami w pochwie nie ma różnicy zasadniczéj w obrazie mikroskopowym, tak tu jak i tam przyczyną nekrozy i późniejszego wrzodu są zmiany naczyń mikroskopowych, które sprowadziły obumarcie zaopatrywanych przez nie warstw.

Przypadki Klebsa, Zahna i niniejszy przedstawiający wszystkie fazy tworzenia się wrzodów żrących czyli biorąc nazwę z kształtu wrzodów okrągłych wykazują zgodnie brak jakichkolwiek zmian w otoczeniu, zmiany w naczyniach makroskopowych, a w naszym przypadku w naczyniach mikroskopowych, któreto zmiany naczyniowe tłumaczą dostatecznie przyczynę tych tak rzadkich zmian patologicznych części płciowych kobiecych. Czy potrzebujemy się w obec tego uciekać do hypotetycznego wpływu żrącego wydzieliny, jak to Klebs przypuszcza? sądzę, że zmiany, jak wykazane, same przez się wystarczą do wywołania nekrozy a następnie wrzodu.

II. O powstawaniu jaskry zapalnéj po atropinie.

Podał
Dr. Bol. Wicherkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

Chcąc dokładniéj ocenić okres rozwoju zaćmy a zarazem zbadać inne części oka, wpuściłem maleńką kroplę $^1/_2$ % roztworu atropinowego do oka prawego. W pół godziny późniéj źrenica tegoż była rozszerzoną na 9 mm. okazując postać okrągłą. Soczewka przedstawiła się głównie w przednich i tylnych warstwach zewnętrzno-dolnych części plasko zaćmioną, podczas kiedy w innych częściach promieniste tylko widać było paseczki. Dno oka mogłem jak najwyraźniéj zbadać, a zarazem przekonać się, że tarcza o barwie szarawéj była w zewnętrznéj części zaklęsła, kropkowana z powodu przeglądania blaszki sitowéj białkówki. Główne naczynia nieco na wewnątrz przesunięte, naczynia przybrzeżne w téj części stromo zachodziły na siatkówkę, a raczéj na pierścień twardówkowy, główne jednakże naczynia środkowe, z których tętnicom nie można było odmówić pewnéj cieńkości, prawidłowy miały przebieg. Tętnienia i w tém oku nie spostrzegłem. Wzrok w miarę szerszéj źrenicy o tyle się polepszył, że chora okiem tém rozpoznawała palce wewnętrzną częścią siatkówki w odległości dwóch stóp.

Miałem zrazu wątpliwość, czy objawy na tarczy nerwu wzrokowego dostrzeżone odnieść należy do częściowego samoistnego zaniku nerwu wzrokowego, czyli też uważać je za następstwo jaskry prostéj.

Ze względu na brak wszelkich innych objawów zanikowych na lewém oku, którego pole widzenia przedstawiało się prawidłowém z wyjątkiem lekkiego ścieśnienia o 10 sto-

pni perimetrycznych na wewnątrz, sklaniałem się do przypuszczenia, iż mam do czynienia z okiem, które czasami ulega wpływom jaskry prostéj, i z tego powodu, chociaż napięcie pozostało jeszcze i po godzinie prawidłowém, zapuściłem w prawe oko 1% roczyn ezerynu.

Nazajutrz rano przy wejściu choréj do pokoju mego, zanim słowo jeszcze rzekła, rozpoznałem cierpienie na pierwsze spojrzenie. Chora z wyrazem przygnębienia na twarzy opowiada, że z szalonym bólem, który jéj ciągle dokucza, obudziła się nad ranem trapiona mdłościami i nic już okiem tém nie rozpoznaje.

Przystąpiwszy do badania znalazłem stan następujący: prawe oko łzawi silnie, powieka górna nieco nabrzmiała, czerwona spojówka **powiek** miernie przekrwiona, gałkowa zaś obrzmiała, różowo-czerwona, z obwódką ciemniejszą na około rogówki, gdzie też miejscami wzdęte są żyły. Rogówka mniéj przezroczysta, jakby pokłuta, komórka przednia zwężona, ciecz jéj zamglona, jakby z domieszką krwi zasłania źrenicę dużą nieruchomą; tęczówka przekrwiona, nabrzmiała nieco, w górnéj zaś jéj części widać małą wybroczynę; dna oka rozpoznać nie można. T + 2 V. pr. = 0. Dotykanie nader bolesne tak, że chora za każdém dotknięciem, głowę cofa.

Nie wątpiąc, iż mam do czynienia z ostrą jaskrą zapalną, zapuszczałem choréj co kwandrans ezeryn. Po trzykrotném atoli zapuszczeniu jeszcze zmiany w oku nie było; zapuściwszy go po raz ostatni, wstrzyknąłem zarazem podskórnie w okolicę oka 0,01 morfinu, poleciwszy choréj powrócić nad wieczorem do mnie.

Wtenczasto wszelkie objawy nieco złagodniały, ból mianowicie stał się znośniejszym, źrenica jednakże zawsze jeszcze była rozszerzona, nieruchoma, ciecz przedniéj komórki zamglona, a oko bolesne, napięcie podwyższone (T + 1) V = 0.

Zapuściłem znowu 2 razy ezeryn, zastrzyknąłem ponownie morfin i przepisałem ½ gramowe proszki antipyrynu, polecając wziąć na noc jeden, a po kilku godzinach, gdyby ból nieustał, drugi i trzeci.

Nazajutrz rano chora oświadcza, że bólu nie miała. Spojówka mocniéj przekrwiona, źrenica węższa, może 4 mm. szeroka, ciecz wodna mniéj mętna, lecz dna oka zbadać jeszcze nie pozwala.

V pr. = ruchy ręki T + 1 oko przy dotknięciu bolesne. Na soczewce przy brzegu źrenicy dwie drobne żółto-szare plamki wysiękowe. Po dwukrotném zapuszczeniu ezerynu napięcie stało się prawidłowém źrenica znowu nieco się zwężyła, ale przekrwienie i łzawienie stało się tém silniejsze. Wieczorem: oko łzawi się, ciecz wodna mętna, źrenica 4 mm. szeroka, oko przy dotknięciu bolesne, badanie wziernikiem dla zmętnienia cieczy i soczewki nie daje żadnego wyniku.

V. pr. = palce na 2—3′

Zapuściwszy i tym razem ezeryn a podskórnie morfin, poleciłem choréj na noc wziąć jeden lub dwa proszki antipirynowe (po 0,5).

Dnia czwartego po katastrofie tj. 29 Października, chora w rannych godzinach konsultacyjnych przybywa z wyrazem radości na twarzy, a oko jéj nie przedstawia najmniejszego śladu przebytéj choroby, przeciwnie wygląda lepiéj aniżeli przed napadem. Najmniejszego też już nie ma przekrwienia, źrenica wązka i równa źrenicy drugiego oka, ciecz wodna czysta, napięcie prawidłowe, wysięki owe kropkowane znikły, tylko na tęczówce widać jeszcze ślad wybroczyny. Dotknięcie niebolesne, a wzrok = pr. 6/18 Hp. 0,75 czyta próby Schr. przez 0,9 + 3 na 26 cm. Lubo widzenie naośne tak znacznie się poprawiło, to jednakże pole widzenia przedstawia się bardzo silnie dośrodkowo zwężonéın w ogóle jako też i dla barw.

Czy dno oka uległo jakim zmianom z powodu wązkości źrenicy, nie można było wyśledzić.

Poleciłem choréj raz jeszcze przybyć nazajutrz celem przekonania się, czy skutek osiągnięty jest trwałym i znalazłem też w rzeczywistości oko niezmienionėm.

Uszczęśliwiona tak znakomitym wynikiem leczenia, nie mogła chora zrozumieć, jakby ta operacyja (sclerotomia resp. iridectomia), którą jéj poleciłem dla utrwalenia skutku mogła być konieczną.

Byłem więc zniewolonym poprzestać na daniu choréj przepisu (ezeryn) pod względem dalszego zachowania się i poleceniu jéj, aby niezwłocznie przybyła, gdyby ból mimo ezerynu miał się powtórzyć, a wzrok znowu słabnąć.

Ogłoszenie tego przypadku budziłoby nierównie więcéj zajęcia, gdyby można zarazem przekonać się o dalszym przebiegu; ponieważ jednakże chora cierpiąca na przewlekły nieżyt płuc i astmę oświadczyła, że zimą nie myśli się z domu wyruszyć, przeto też nie ma widoków, ażeby to życzenie mogło się rychło urzeczywistnić.

I w naszym przypadku nie mieliśmy jak w wielu innych podobnych żadnych pewnych danych, iż chodzi tutaj o jaskrę prostą. Napięcie było podczas badania prawidłowe, zewnętrzny stan oka nie wskazywał także tego cierpienia, a źrenica była tak wązką, co także zresztą, lubo nie zawsze, w wielu razach przeciw jaskrze przemawia, że badanie wziernikiem przy znacznych mianowicie zaćmieniach soczewki, nie mogło nas naprowadzić na ślad choroby.

Chcąc więc zbadać rozwój zaćmy i przekonać się zarazem o stanie dna oka, wpuszczam odrobinę atropinu [1]). Źrenica rozszerza się znakomicie, a wejrzenie tarczy budzi podejrzenie, iż mam przed sobą jaskrę prostą. Chcąc zapobiedz następstwom, których się lękałem, odkąd odsłoniłem sobie dno oka, zapuszczam ezeryn i zatrzymuję dla dalszéj obserwacyi chorą w Poznaniu.

Przypadek, co dopiero opisany nasuwa nam kilka pytań, na które starać się będziemy odpowiedzieć. Przedewszystkiem powinniśmy uprzytomnić sobie sposób powstawania jaskry prostéj, gdyż bez tego niejeden wywód stałby się niejasnym.

Przyznać nam atoli wypada, że właśnie w sprawie rozwiązania téj głównéj kwestyi zdania są podzielone, a w każdym razie nie wyrzeczono jeszcze ostatecznego słowa. Według obszernych doświadczeń podjętych przez Hippla i Grünhagena *(Archiv f. Ophth. Tom 14. III. pag. 219)* zdaje się, iż nerw troisty najważniejszą w rozwijaniu się odgrywa rolę. Podrażnienie bowiem rzeczonego nerwu, wywołuje według tych experymentatorów nietylko znaczne ciśnienie wśródoczne, ale nadto silniejsze wydzielanie lub przesiąkanie płynów do oka.

Skoro więc nerw ten z jakichkolwiek powodów, bądź to w swym biegu, bądź w obwodowém rozgałęzieniu na tęczówce lub też w ośrodkowym końcu dozna podrażnienia,

[1]) Odkąd kokain otworzył sobie podwoje arsenału terapeutycznego, w okulistyce w podobnych przypadkach posługuję się nim zwykle. lecz tutaj pragnąłem silniéj źrenicę rozszerzyć, aby zbadać także obwodowe części soczewki. Zresztą wiadomo, że nie jest to właściwością samego atropinu ale i innych mydriatycznych środków, iż pod ich wpływem jaskra prosta ukryta przechodzi w zapalną.

powstaje mniéj lub więcéj silne podwyższenie ciśnienia wśródocznego wywołanego bezpośrednio silniejszém wydzielaniem płynu w tylnym odcinku gałki, przez co soczewka i tęczówka ku przodowi się przesuwa; naciąganie zaś ostatniéj wywołuje nowe drażnienie gałązek nerwu troistego, co skutek pierwotnego podrażnienia tém więcéj jeszcze potęguje. Silniejsze naprężenie ściany gałki ścieśnia światło otworków, przez które przechodzą naczynia wirowe, w następstwie czego powstają wtórorzędne zaburzenia w krążeniu w części tylko osłabione rozszerzeniem żył, znajdujących się w przednim odcinku gałki.

Ponieważ atropin według dalszych doświadczeń pomienionych autorów (*Archiv. f. Ophth. Tom* 15 część I, str. 281) wywiera wpływ drażniący na nerw troisty, przeto, gdy go zastosujemy do oka zajętego już jaskrą prostą, do istniejącego samoistnego podrażnienia przystępuje nowa przyczyna. Zgadzając się na pojmowanie Hippla i Grünhagena co do rozwoju jaskry prostéj, nie możemy zarazem tłumaczenia odnoszącego się do wpływu atropinu uważać za wystarczające.

Daleko więcéj pod tym względem przemawia do naszego przekonania tłumaczenie podane przez Priestley Smitha (*The action of atropine and eserine in glaucoma. Ophth. Hosp. rep. 1881—82)* który szkodliwe działanie atropinu w jaskrze prostéj temu przypisuje, iż atropin obwodową część tęczówki od ciałka rzęskowego ku rogówce przesuniętą napręża i przez to więcéj jeszcze kąt przedniéj komórki zwężając, naturalnym odpływom wydzielin ocznych znaczną stawia zaporę.

W późniejszych okresach jaskry wpływ ten atropinu nie daje się we znaki, ponieważ obwód tęczówki natenczas przylega do rogówki, a wyrostki rzęskowe są zanikłe i wciągnięte. W tym tedy okresie atropin nietylko nie jest szkodliwym, ale nadto, obniżając sam przez się napięcie, skutecznym być może, tak samo, gdy go w jaskrze prostéj już po irydektomii zapuszczamy. W obec tłumaczenia, że ujemne działanie atropinu polega na zatkaniu kąta przedniéj komórki, nasuwa nam się pytanie następujące:

Jakimże sposobem dzieje się, że wiadome objawy, które atropin w prostéj jaskrze wywołuje, nie występują zaraz, lecz późniéj, bo dopiero, jak w moim przypadku w 10 godzin po zastósowaniu tego środka, a i w innych znanych (*Hirschberg. Archiv f. Augen u. Ohrenheilkunde* Tom 3 str. 157) zdaje się także po upływie kilku lub kilkunastu godzin pojawiać się.

Przyznaję, że nie łatwém mi jest na pytanie to w zadowalający sposób odpowiedzieć. Wiadomo (Bitti, Cremer, de Ruiter, Braun), że atropin naprzód pobudza kończyny nerwu współczulnego w zwieraczu źrenicy, następnie dopiero poraża kończyny tęczówkowe nerwu okoruchowego. W miarę też tego najprzód lekkie, a dopiero po upływie godziny, lub późniéj może, silne następuje rozszerzenie źrenicy. Dopóki skutek ten późniejszy trwa, dopóty też ezeryn, który według Rossbacha i Frölicha w ten sposób działa, iż rozgałęzienie nerwu okoruchowego w tęczówce i w ciałku rzęskowém podrażnia, nie może na porażony nerw oddziaływać.

Dopiero morfin podskórnie zastrzyknięty przysposabia ezerynowi skuteczniejsze pole działania. Sposób, w jaki się to dzieje, jest niezawodnie dość powikłany, a tłumaczenie opierające się na podstawie doświadczeń robionych na zwierzętach, już dla tego samego nie może rościć pretensyi do nieomylności, że zwierzęta daleko mniéj od człowieka oddziaływają na morfin, a powtóre, że i indywidualne usposobienie względem morfinu pojedynczych osobników niemałą tutaj odgrywa rolę. Mniemam atoli, że w poszczególnym naszym przypadku błogi skutek morfinowych zastrzykiwań w jaskrze takby sobie tłumaczyć można:

Morfin podskórnie zastrzyknięty, porażając nerwy czuciowe sprawia choremu ulgę. Daléj zaś drażni (Gscheidlen) nerwy ruchowe, a zatem i nerw okoruchowy i to od środka ku obwodowi, w skutek czego atropinowy skutek osłabia się albo znosi. Wiadomo przecie, że prawie zawsze morfin źrenicę u ludzi i zwierząt silnie zwęża, a nadto według doświadczeń robionych na zwierzętach przez Höltzkego (*Arch. f. Ophth. XXIX 2. p. 15*) obniża morfin silne napięcie w przedniéj komórce, w skutek czego korzystniejsze powstać muszą warunki mechaniczne do zwężania się źrenicy. Że zaś według doświadczeń szczegółowych tegoż Höltzkego jako też Pflügera (*Bericht über die 14 Vers. d. ophth. Geselsch. p. 134)* każde zwężenie źrenicy pociąga za sobą obniżenie ciśnienia, przeto wytwarza się w ten sposób pewien *circulus benignus*. Tak jak atropinowi przypisywaliśmy mechaniczny wpływ na powstawanie jaskry ostréj, tak też mechaniczne przyjąć możemy działanie ezerynu równoważące wpływ atropinu.

Ezeryn zmniejsza grubość tęczówki, powiększa kąt komórki i czyni przewód Fontany wolnym. W przypadkach jednakże ostréj jaskry niejednokrotnie się zdarza, iż ponownie zastósowywany ezeryn, nawet świeżo przyrządzony, żadnego nie ma wpływu albo bardzo nieznaczny na zwężenie źrenicy i obniżenie napięcia gałki, podczas kiedy chorzy po każdorazowém wpuszczeniu go najsilniejszego doznają częstokroć bólu, któremu nie rzadko towarzyszą mdłości a nawet wymioty. W takichto razach od wielu lat stosuję równocześnie z ezerynem morfin podskórnie, a jak w przypadku opisanym, tak też w innych przekonałem się o błogiém działaniu tego połączenia.

W końcu pozwolę sobie poruszyć pewną sprzeczność. Schweigger podaje (*Handbuch der speciellen Augenheilkunde III Auflage 523)*, iż w kilku przypadkach jaskry prostéj naumyślnie wpuszczał atropin, lecz nie udawało mu się wywołać ostrych objawów. Nie mogąc nie ufać bystrości spostrzegawczéj znanego berlińskiego okulisty, przypuścimy chyba, iż nie każde oko równie łatwo ulega wpływom atropinu, coby zresztą wypływało także z przypadku opisanego (w *Klin. Mtsbl. f. pract. Augenheilkunde* 1876 str. 386) przez Magnusa, który zakropliwszy atropin starcowi 72 letniemu dla zbadania stopnia rozwoju zaćmy w obydwa oczy, wywołał tylko w prawém oku objawy ostréj jaskry, która wzrok tego oka doszczętnie zniszczyła, podczas gdy lewe oko najmniejszéj nie doznało zmiany.

Zresztą sam sobie przypominam kilka przypadków z méj praktyki, gdzie tak u młodszych jako i u starszych osób obojéj płci ponownie zapuszczony atropin żadnego nie wywarł wpływu ani na rozszerzenie źrenicy, ani też na porażenie akomodacyi.

Schweigger nie wspomina, w ilu przypadkach robił doświadczenia odnośne, lecz ujemnych jego wyników, które w każdym razie stoją w sprzeczności z tém, czego wielostronnie pod tym względem doświadczano, inaczéj nie umiałbym sobie wytłumaczyć jak chyba tém, że osoby poddawane doświadczeniom posiadały w wysokim stopniu odporność w obec wpływu atropinu. Jeżeli bowiem zważymy, że rozmaite zwierzęta używane do doświadczeń rozmaicie wielkie a nieproporcyjonalne znoszą dawki trucizn im podawanych, a przypominam pod tym względem króliki, które n. p. dopiero po 1 gramie atropinu, a zatém 10 razy większéj dawce od téj,

która człowieka zabija, zdychają, to też łatwo zrozumiemy, iż i pomiędzy osobnikami, stojącymi w jednéj i téj saméj klasie rozwoju, może zachodzić znaczna różnica wrażliwości na działanie trucizn.

Przyznając, że istnieje pewna tkliwość osobliwa, możemy również przypuszczać jakąś odporność osobliwą.

III. Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.
(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

O wiele ciekawszy a może jedyny w swoim rodzaju jest przypadek następujący:

Czerstwy starzec, lat 65, z warstwy inteligentnéj, podaje najdokładniejsze daty o chorobie, jéj początku i przebiegu. Choroba powstała w pierwszym roku życia od piastunki, która zapadała na bóle gardła i miewała wyrzuty na skórze, a jak się późniéj okazało, była kiłą dotknięta. Od piastunki nabyła najpierw choroby o $1\frac{1}{2}$ roku starsza siostra, która, jak osobiście stwierdziłem 12go grudnia 1883, miała, oprócz bardzo licznych blizn na obu łokciach i goleniach, świeże kiłakowe owrzodzenia skóry barku prawego. Przed ukończeniem pierwszego roku życia, pojawiły się u chorego zmiany w gardle, które wówczas uznano jako kiłowe i odtąd leczono chorego wewnętrznemi środkami. Przez kilka pierwszych lat życia zapadał chory często na zdrowiu a mianowicie miewał rozmaite wyrzuty na skórze; gdy zmiany te, mimo leczenia często się powtarzające, uznano za szkrofuły, leczono odtąd rozmaitemi kąpielami. Wiek młodociany był wolny od zmian chorobowych i dopiero przy wstąpieniu do szkoły wojskowéj odkryto objawy na skórze, które znowu uznano za wysypkę kiłową. Chory stanowczo przeczy, jakoby kiedykolwiek czyto w młodzieńczym, czy w męzkim wieku był zarażony. Wówczas zalecone środki szybko usunęły objawy na skórze a chory przekonany, że jest zupełnie zdrowy w 24 r. życia wstąpił w śluby małżeńskie. Doczekał się zupełnie zdrowego potomstwa (o dobrym stanie zdrowia najmłodszego syna miałem sposobność osobiście się przekonać), z którego najstarszy syn liczy 40 lat i ma mieć równie zdrowe dzieci. Obie żony pacyjenta nigdy nie roniły ale zdrowe rodziły dzieci, u których nigdy nic takiego nie stwierdzono, coby przemawiało za kiłą. W 34 r. życia wytworzyła się na skórze piersi po lewéj stronie tuż przy brodawce sutkowéj „bolączka“, która po długiém istnieniu pękła, a gdy pierwsza goiła się powstała druga, potém trzecia i odtąd bez przerwy jedne się goiły, inne świeżo powstawały. Upewniony przez lekarzy, że „bolączki“ nie są następstwem zakażenia kiłowego nie leczył się wewnętrznemi środkami tylko przykładał rozmaite maści i przymoczki do 9 grudnia 1883, w którymto dniu badając chorego po raz pierwszy, stwierdziłem stan następujący: Wzrostu miernego, dość dobrze odżywiony (ale co do wzrostu i budowy najgorzéj wykształcony fizycznie z całego rodzeństwa dotąd żyjącego), układ kostny dość dobrze rozwinięty, stan wewnętrznych narządów prawidłowy (rozedma płuc niskiego stopnia), gruczoły limfatyczne niepowiększone z wyjątkiem gruczołu pod pachą lewą, gdzie największy, niebolesny, dość twardy, jest wielkości migdała, a inne jeszcze mniejsze. Począwszy od obojczyka lewego aż do linii imaginacyjnéj łączącéj pępek z grzebieniem kości biodrowéj lewéj (*crista ossis ilei*) ku dołowi i od prawéj brodawki sutkowéj na całéj klatce piersiowéj po lewéj, na całym lewym boku aż do stosu pacierzowego po lewéj i od górnego brzegu łopatki ku dołowi, prawie do grzebienia kości biodrowéj lewéj, skóra chorobowo zajęta, a mianowicie prócz licznych blizn rozmaicie ubarwionych i zupełnie odbarwionych bardzo liczne kiłaki, jużto rozpadłe, już nierozpadłe i w rozmaitych okresach rozwoju. Według opowiadania po wytworzeniu się bolączki około brodawki sutkowéj lewéj powstawały coraz nowsze nacieki w otoczeniu dawniejszych, tym sposobem zajęły całą skórę klatki piersiowéj po lewéj stronie, przeniosły się przez mostek (*manubrium sterni*) do brodawki sutkowéj prawéj, potém zajęły skórę brzucha do pępka nie przekraczając linii białéj, późniéj sprawa chorobowa przeniosła się na bok lewy, ztamtąd na plecy i tu znowu nie przekroczyła linii wytworzonéj przez wyrostki kostne kręgów. Gdy rozpoznanie nie ulegało kwestyi a tylko kwestyjonował je chory nie mogąc uwierzyć w tak długie istnienie kiłowego zakażenia, zaleciłem zewnętrznie obmywanie wodą borową i jodoform na wrządzące kiłaki a wewnętrznie jodek potasu w wzrastających dawkach. Dnia 12/1 1884 owrzodzenia w przeważnéj części zabliźnione, a tylko na skórze brzucha poniżéj żeber niezabliźnione, jakotéż na łopatce i gdzieniegdzie na plecach. 13/6 1884 od 3ch miesięcy przykładał chory tylko plaster rtęciowy na naciekłe blizny, a gdy świeże kiłaki, powstałe na łopatce lewéj rozpadły się usunięto plaster i zalecono jodoform. Jodku potasu używał chory ciągle i dobrze go znosił. Po zupełném wygojeniu ran, które nastąpiło w połowie sierpnia 1884, dotąd nie było świeżych objawów choroby a chory zawsze znajduje się w dobrym stanie zdrowia.

Opisany przypadek, powtarzam, dla tego podaję do wiadomości, że o ile mi wiadomo, nie ma podobnego w literaturze, aby bez przerwy trwały objawy chorobowe lat 30, a zakażenie kiłowe lat 64, a mimo długiego trwania choroby przez 30 lat nieleczonéj stan ogólny był zadowalający. Dowodzi to, że nie zawsze długo trwająca kiła wyniszcza ustrój.

IV. Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi.

Skreślił
Prof. Dr. J. Mikulicz.
(Dokończenie. Patrz Nr. 1.).

Gojenie pod wilgotnym strupem wprowadziłem w wykonanie od letniego półrocza 1886 r. w klinice krakowskiéj. Liczba przypadków leczonych w ten sposób przezemnie nie jest jeszcze znaczną, wynosi bowiem blisko 50 spostrzeżeń. Rozporządzając znacznie mniejszym materyjałem klinicznym niżli Schede, obierałem nadto tę drogę postępowania jedynie w tych wyszukanych przypadkach, gdzie wykluczoném być mogło wszelkie niebezpieczeństwo dla chorego. Dopiero własném doświadczeniem zyskuje się w podobnych razach zupełną świadomość, a nie zawadzi zbyteczna nawet ostrożność tam, gdzie chory może odpokutować za próby jego kosztem dla nauki podjęte. Poprzestanę na krótkiém przedstawieniu grupami przypadków operacyjnych.

A. Operacyje na kościach i stawach.

2 przypadki typowéj resekcyi stawu kolanowego u osób dorosłych. Zmiana opatrunku po 4ch tygo-

dniach; przebieg aseptyczny. Obumarłe miejscami brzegi skórne oddzieliły się bez śladu ropienia.

1 przypadek otwarcia stawu u dziecka. Zmiana opatrunku po 2 tygodniach. Przebieg aseptyczny. Ruchomość w stawie utrzymana.

4 przypadki resekcyi stawu biodrowego u dzieci. Zmiana opatrunku w 10—25 dni. 3 krotnie przebieg aseptyczny z zupełném zabliźnieniem. W jednym przypadku ropienie, gdy zrazu przebieg był aseptyczny: Chory ten leczony był po za kliniką i przeoczono, że opatrunek, za nadto szczelnie przylegający, wywołał odleżynę w fałdzie pośladkowym. Mniéj doświadczony na punkcie nowéj techniki opatrunkowéj lekarz zmuszony był z powodu wyż nadmienionego zmienić opatrunek w 10 dni po operacyi. Dziecko wolne dotąd od gorączki i bólów, poczęło gorączkować, a w ranie wystąpiło ropienie. Po założeniu sączka wrócił przebieg bezgorączkowy:

4 przypadki amputacyi i enukleacyi (2 razy odcięcie podudzia, 1 operacyja Symego, 1 wyłuszczenie w stawie barkowym). Zmiana opatrunku w 5—23 dni; przebieg aseptyczny.

3 przypadki szwu kostnego (raz z powodu zastarzałego złamania *Olecranon*, raz z powodu stawu fałszywego, raz z przyczyny przesunięcia się odłamków przy złamaniu powikłaném w ciągu postępującego gojenia). Zmiana opatrunku po 11—20 dniach. Przebieg aseptyczny.

6 Przypadków nekrotomii: zmiana opatrunku w 10—21 dni. Czterykroć gojenie aseptyczne bez ropienia, w jednym przypadku wypełniła się jama po sekwestrze w większéj części ziarniną; w jednym przypadku nastąpiło zupełne zropienie wypełniającego skrzepu krwi.

3 przypadki wyskrobania ognisk gruźliczych w kości (2 razy w kości piętowéj, raz w kości sprychowéj). Zmiana opatrunku po 4—18 dniach. Dwukrotnie przebieg aseptyczny, raz ropienie w przypadku, gdzie już przed operacyją ropa się wydzielała.

B. Operacyje w częściach miękkich.

3 herniotomije (1 przepuklina uwięźnięta i 2 operacyje radykalne). Zmiana opatrunku po 10—14 dniach. Gojenie aseptyczne.

2 przypadki podwiązania naczyń (raz tętnica biodrowa zewnętrzna, drugi raz tętnica podobojczykowa). Zmiana opatrunku w 5—9 dni. Gojenie aseptyczne.

7 przypadków wyłuszczenia większych guzów. Zmiana opatrunku w 5—16 dni, w 4 razach gojenie aseptyczne, w 3 przypadkach powierzchowne ropienie.

1 przypadek wycięcia mas bliznowatych wraz z skórą w przebiegu kontraktury Dupuytrena z całkowitém obnażeniem ścięgien zginaczy 4 i 5go palca. Zmiana opatrunku po 16 dniach. Przebieg aseptyczny z uzyskaniem zupełnéj ruchomości.

4 przypadki rozcięcia i wyskrobania zimnych ropni. Zmiana opatrunku w 10—18 dni. 3-krotnie gojenie aseptyczne, raz zupełne zropienie.

3 przypadki wyskrobania rozległych i zropiałych gruczołów limfatycznych. Zmiana opatrunku w 10—14 dni, 2 razy gojenie aseptyczne, raz powierzchowne ropienie.

1 przypadek operacyi z przyczyny zniekształcenia muszli usznéj i niedrożności przewodu słuchowego zewnętrznego. Zmiana opatrunku w 14 dni po operacyi. Przebieg aseptyczny. Rana zabliźniona w zupełności.

Prócz tego większa liczba mniejszych ran operacyjnych, które niemal bez wyjątku goiły się aseptycznie, t. j. bez śladu ropienia.

Wypada mi dodać jeszcze kilka uwag ogólnych. Zmiana opatrunku, zwłaszcza w pierwszych moich próbach, przypadała często z końcem pierwszego tygodnia; nie mając własnego doświadczenia co do tego sposobu leczenia ran musiałem się przekonać naocznie w razach wątpliwych o stanie saméj rany. Gdy zaufanie moje w dalszym ciągu się wzmogło, zostawiałem opatrunek zazwyczaj przez 2—3 tygodni bez zmiany. W 45 wyliczonych przypadkach przebiegało gojenie 36 razy aseptycznie, to znaczy, że rana uległa pod opatrunkiem zupełnemu zabliźnieniu, albo téż w miejscu jéj znajdowało się powierzchowne pasmo ziarniny zabliźniającéj się od brzegów. Czterokrotnie nastąpiło rozległe ropienie, niweczące zupełnie wypadek; w pięciu przypadkach dołączyło się następowo powierzchowne ropienie zazwyczaj z miejsca kanałów szwowych do rany pozornie zagojonéj. Cztery razy w przypadkach częściowo lub zupełnie nieudałych, utrzymywało się ropienie otwarte już przed operacyją, prawdopodobnie rana nie została dostatecznie odkażoną śród zabiegu operacyjnego. W innych przypadkach uległa rana następowo zakażeniu pod opatrunkiem niedostatecznie ją osłaniającym.

Wzmiankowane zawody wcale mnie nie odstraszyły. W obec przeważnéj części ran wzorowo się gojących, żywię nadzieję, że w przyszłości z nabraniem doświadczenia i wprawy pożądane gojenie aseptyczne coraz rzadziéj spotka się z niepowodzeniem. Zresztą nie tak rzadko pojawia się również następowo ropienie z otworu sączkowego w ranach należycie zaopatrzonych w dreny.

Stan ogólny w żadnym przypadku nie doznał głębszego zaburzenia; zupełnie bezgorączkowy przebieg częściéj nawet wydarza się przy użyciu trwałego opatrunku, aniżeli w obec ran drenowych. Nawet w przypadkach, gdzie rozległe ropienie skrzepu krwi nastało, ciepłota wskazywała częstokroć granice normalne.

Do ocenienia dopuszczalności metody nadają się według mojego zdania przedewszystkiém przypadki zakończone niepowodzeniem. Należy właśnie mieć tę pewność, że w razie zawodu chory nie dozna szkody. Przekonany jestem, że metoda ta w rękach wprawnych i doświadczonych nie budzi wcale niepokoju, jak się wyraża o niéj Schede. Skoro bezpieczeństwo metody téj stwierdzi rozleglejsze jeszcze doświadczenie, wówczas będzie można zwolna zastósować ją i do innych rodzajów ran. Bynajmniéj nie chcę twierdzić, aby zarówno większe rany jamiste, dające się łatwo skórą pokryć i przez zbliżenie wzajemne powierzchni rannych ściągnąć, należało raczéj pozostawić bez zeszycia lub wypełnić je krwią; bezpośredni zrost tego rodzaju ran, *prima intentio*, w ściślém słowa znaczeniu nie przestanie być wzorem dla przebiegu gojenia ran należących do téj kategoryi, który osiągnąć nadal niezmienném będzie staraniem. Częściéj jednak i z większym spokojem możemy odtąd stosować trwały opatrunek Neubera, z wykluczeniem sączków w leczeniu takich ran. Dziś bowiem, gdy doświadczenie zaprzeczyło szkodliwości skrzepów krwi aseptycznych, opatrunek trwały zyskał silną i pewną podstawę. Na przyszłość pierzchną przesadne obawy zabu-

rzenia gojenia ran jamistych w uchyłku, których ukryje się skrzep krwawy.

O krok daléj nawet, niż Schede, postąpiłem w wskazanym przezeń kierunku. Z ran pooperacyjnych w kościach i stawach, leczyłem pod jednorazowym opatrunkiem bez użycia sączków tak rany resekcyjne w stawie biodrowym, jakoteż rany po amputacyi i wyłuszczeniu stawów. Wyniki dotychczas uzyskane zadowoliły mnie w zupełności. W podobny sposób postępowałem z szeregiem ran w częściach miękkich, jako to po herniotomii, podwiązaniu naczyń większych i wyłuszczeniu guzów, a wyniki, które tu osiągnąłem, również w przeważnéj liczbie były pomyślne.

Zalety postępowania powyższego są rozliczne. Jeśli ominięcie zmiany opatrunku dotąd niezbędnéj dla operowanego w każdym wypadku ma znaczenie, to cała doniosłość występuje zwłaszcza w zranieniach na kościach i stawach, które w ciągu pierwszych tygodni zażywać mogą najzupełniejszego spokoju. Leczenie pod wilgotnym strupem krwi daje możność rychłego i zupełnego zabliźnienia ran operacyjnych w kościach i ścięgnach, które dawniéj dopiero po długim czasie, w pewnych razach nawet wcale nie okazywały dążności do ostatecznego zagojenia. Wspomnę tu jedynie o ubytkach, powstających po wyskrobaniu ognisk gruźliczych w kości, po których wywięzują się nie rzadko przetoki utrzymujące się przez miesiące i lata całe. Nie mogę pominąć również i tego, że blizny tworzące się pod wilgotnym strupem, odznaczają się, nawet przy większych utratach skóry, gładkością i miękkością, co w pewnych razach kosmetyczną ma wartość. Blizny po wyskrobaniu zatokowatych wrzodów gruźliczych i zropiałych gruczołów limfatycznych na szyi okazują korzystniejsze wejrzenie, niż po innych sposobach użytych do ich leczenia.

Pod względem techniki pozwolę sobie uczynić kilka uwag. Rana winna być zeszytą tak, aby w środku pozostała odpowiednia szeroka szpara, a w większych ranach 2 otwory na końcach celem ułatwienia odpływu nadmiernéj ilości krwi. W ogóle zespojenie rany powinno być w całości wolne. Przy resekcyi w stawie biodrowym np. wystarczy założyć 2 głębokie szwy, między któremi pozostaje szpara wnikająca w głąb stawu. Przy resekcyi stawu kolanowego, po amputacyi pozostawia się otwory na obu końcach rany. Do szwu używam obecnie wyłącznie drutu srebrnego i katgutu. Pierwszy służy mi do szwów głębokich, tam gdzie należy utrzymać części przez czas dłuższy w odpowiedniém położeniu, katgutem posługuję się przy szwie skórnym powierzchownym i przy szwach w głąb zapuszczanych. Do spojenia kości używam również silnego drutu srebrnego. Schede nie zaleca żadnego szwu do złączenia kości i ustala je jedynie za pomocą szyn, obawiając się zaburzenia w organizacyi skrzepu krwawego skutkiem działania ciała obcego. Ja nie zauważyłem w żadnym przypadku szkodliwego wpływu od szwu srebrnego; każdym razem nastąpiło wgojenie się drutu bez najmniejszéj szkody. Początkowo używałem do szwu skórnego jedwabiu; dołączyło się jednak następowo w kilku przypadkach ropienie w kanałach szwowych nierównie rzadziéj wydarzające się po użyciu szwu z drutu srebrnego.

Opatrunek zewnętrzny nie powinien za nadto szczelnie przylegać. Po wykonaniu zabiegu śród miejscowéj niedokrewności, można otoczyć lekko opatrunek zewnętrzny zwojami opaski elastycznéj. Po wykonaniu resekcyi stawu kolanowego np. postępuję zawsze tym sposobem.

Świadomy tego, że wiadomość niniejsza oparta jest na nieukończonych jeszcze doświadczeniach, mam tę nadzieję, że może zniewoli ona niejednego z kolegów zawodowych do podjęcia prób z pomijanemi dotąd metodami Neubera i Schedego. Technikę metody trzeba sobie samemu wyrobić. Jakkolwiek bowiem postępowanie to spoczywa dzisiaj na słusznéj podstawie teoretycznéj, to jednak udoskonalenie saméj techniki, jak w ogóle każdéj sztuki technicznéj, pod względem całości i pojedyńczych szczegółów zawisło od doświadczenia i wprawy.

V. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym.

Podał
Doc. W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

Sztuczne obniżenie kwasoty spostrzegłem u chorego przy podawaniu boraksu:

VI przypadek. 23-letni student, I. S., niedokrewny, cierpi od 2 lat na przypadłości gastryczne, zlokalizowane ściśle do żołądka, polegające na ciśnieniu i gryzieniu w tymże; napoje wyskokowe, szczególniéj wina jakoteż kwasy pogarszają stan. Chory używał dawniéj wody karlsbadzkiéj ze skutkiem przemijająco dobrym, lecz obecnie nie ma do niéj zaufania. Choremu podawano przez cały miesiąc *Natrium boricum*, trzy razy dziennie, po jednym gramie w ciepłéj wodzie. Wewnętrzne badanie żołądka przeprowadzono podczas leczenia sześć razy. Treść czczego żołądka przed leczeniem 12/6 zawiera strzępy żółte, przesącz wodojasny, kw. solny wyraźny, kwasu mlekowego i śluzu nie ma, trawi, kwasota 15·0, wodą lodową (13/6) 20·5; 20/6 kwasota 5·5, dostrzegalny ślad kw. solnego, trawi; 29/6 kwasota 3·5, HCl wątpliwy, trawi niedokładnie; 15/7 treść czczego żołądka opalizująca, ze strzępami śluzowemi białemi, przesącz opalizujący daje oddziaływanie na śluz, kwasota 1·0 metodą lodową (16/7) 1·5, trawi dopiero po dodaniu kropli kw. solnego. Co do podmiotowych objawów, to oświadcza chory, że te prawie znikły, po jedzeniu bólów nie czuje, a nawet może pić wino, którego z powodu występowania bólów nie używał.

Należy tu podnieść okoliczność w przypadkach nadmiernego wydzielania kw. solnego w żołądku, że przy pierwszém badaniu czczéj treści żołądkowéj wolnéj od pokarmów otrzymuje się zwykle wyższą kwasotę i energiczniéj trawiący sok żołądkowy, niż przy następnych; czasem dopiero trzecie badanie daje wyniki zgodne ze wszystkiemi następnemi.

Obniżenie lub brak kwasu spostrzegałem następnie u osób żyjących bardzo umiarkowanie, uważających bardzo na „nieprzeładowanie“ żołądka a uskarżających się na osłabienie trawienia.

Zmniejszenie lub zniesienie wydzielania kw. solnego napotyka się często w wieku starszym (nad 50 lat), podczas gdy podniecenie wydzielania soku żołądkowego można zauważać w wieku młodszym niżéj lat 40 (Posiedz. Tow. lek. krak. 1 grudnia 1886. Odczyt Jaworskiego). Te spostrzeżenia tłumaczą nam, dla czego w raku żołądka wydarzającym się zwykle w późniejszym wieku napotyka się brak kw. solnego, we wrzodzie zaś nadmierne wydzielanie tegoż. (*Klinische Befunde bei Ulcus, Carcinoma ventriculi u. Magenblutungen. Korczyński und Jaworski. D. med. Wochenschrift,* Nr. 47—49, 1886).

Spostrzeżenia tak innych, jakoteż moje wykazują więc, że siła wydzielnicza błony śluzowéj żołądka może się wzmódz: moje spostrzeżenia zaś obecne wykazują, że wzmożone wydzielanie kw. solnego znów stopniowo słabnie, aż do zupełnéj niemożności wydzielania tegoż. Następnie wykazuje moja statystyka (Wykład w Tow. lek. krak. 1 grudnia 1886), że najczęstszém zboczeniem patologicznêm w chorobach żołądka jest wzmożenie, a rzadsze zwolnienie wydzielania soku żołądkowego. Ostatecznie moje spostrzeżenia mikroskopowe treści żołądka (Gaz. Lek., 1886, Nr. 49) wykazały dotąd nieznaną okoliczność, że podczas nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego przechodzą do treści żołądkowéj komórki wypocinowe, i to w tém większéj ilości im większe jest natężenie wydzielnicze. Że zatém mamy tu do czynienia ze sprawą nieżytową zapalną. Wszystko to wskazuje, że zboczenia we wydzielaniu soku żołądkowego stoją ze sobą w ścisłym związku, tworząc kolejne okresy chorobowe, które pospolicie bywają uważane jako odrębne obrazy kliniczne. Okresy te rozpoczynają się pod wpływem działania pewnych szkodliwości czyli bodźców nieprawidłowych np. wyskoku i postępują w następującym porządku.

1. Powstaje najprzód wrażliwość błony śluzowéj na bodźce, w skutek czego wydziela się sok żołądkowy podczas trawienia o większéj obfitości i o większéj kwasocie niż zwykle. Jestto stan, który można nazwać *hyperaciditas digestiva*, a któryto stan objawia się podmiotowo dolegliwościami po jedzeniu, a zniknięciem tychże po ukończeniu trawienia.

2. Stan ten przechodny (intermitujący) może przejść w trwały, gdyż i w nieobecności bodźców, jak pokarmów, zatém i w żołądku czczym wydziela błona śluzowa kw. solny wraz z ciałkami wypocinowemi, których jądra jeszcze pod mikroskopem spostrzegamy; ilość płynu jednak w żołądku jest jeszcze mała. Podczas trawienia zaś samego kwasota treści dochodzi do bardzo wysokiego stopnia. Stan ten chorobowy wywołuje oprócz gastrycznych jeszcze odległejsze objawy nerwowe; chorzy przedstawiają się jako nerwowo-gastryczni. Okres ten odznacza się ciągłém wydzielaniem kw. solnego i może być nazwany *secretio hyperacida continua simplex*. Z tego okresu chorobowego pochodzi największy odsetek chorych żołądkowych szukających porady lekarskiej.

3. W następstwie dochodzi ciągłe wydzielanie kwasu solnego do najwyższego szczytu, tak, że niewielka tylko istnieje różnica między wydzielaniem błony śluzowéj podczas trawienia, a w żołądku czczym. Ogromna ilość jąder ciałek wypocinowych, niekiedy często rozrzucone bryłki barwika krwi, opóźnienie wydalania treści ze żołądka, często napotykana rozstrzeń, przemawiają za zmianami anatomicznemi, toczącemi się w błonie śluzowéj, a może i mięsnéj. W okresie tym, równie jak i w poprzedzającym, wydziela się trwale kw. solny i to w nadmiarze, lecz równocześnie ze znaczniejszą ilością cieczy, dającą się ze żołądka czczego sondą wyciągnąć. Objawy podmiotowe są przeważnie zlokalizowane do żołądka i niekiedy bardzo silne. Ten okres nazwać wypada *hypersecretio hyperacida continua*, a według analogii z podobnemi objawami w innych błonach śluzowych *gastrorrhoe acida*, a według podstawy anatomicznéj *catarrhus ventriculi acidus*; i w tymto okresie bardzo często pojawia się wrzód żołądka (Korczyński, Jaworski).

4. Po wyczerpaniu się nasilonego wydzielania błony śluzowéj wyrabia się okres opadania i niedowładu wydzielniczego soku żołądkowego. W czczym żołądku tylko bardzo mała ilość płynu już się znajduje. Ten jest obojętny, albo słabo alkaliczny. Kw. solny nawet po czasie trawienia w małéj tylko ilości się wydziela, niewystarczającéj do zupełnéj peptonizacyi białka. Jądra ciałek wypocinowych zaledwie gdzieniegdzie spostrzegać się dają. Okres ten przedstawia stan chorobowy zwany *insufficientia secretionis*. Objawy podmiotowe, dawniéj bardzo dolegliwe, zwalniają się, albo zupełnie ustępują, chorzy uważają się za wyleczonych.

5. Niedowład wydzielniczy postępując prawdopodobnie stopniowo ze zmianą anatomiczną w błonie śluzowéj, dochodzi ostatecznie aż do zupełnego zniesienia kw. solnego, a na miejscu tegoż znajduje się w żołądku czczym mała ilość cieczy śluzowéj alkalicznéj. Również i podczas trawienia ani śladu kw. solnego w treści żołądkowéj wykazać nie można. Treść zaś nawet z kw. solnym słabo tylko, albo wcale nie trawi. Mamy tu zatém zupełny prawdopodobnie nieuleczalny zanik narządu wydzielniczego w błonie śluzowéj. Dolegliwości podmiotowe są tu zwykle miernego natężenia, ale ciągłe. Okres ten, ostatni z rzędu, można nazwać nieżytem śluzowym czyli *catarrhus mucosus*, który napotyka się najczęściéj w wieku późniejszym i w przeważnéj części przypadków nowotworu rakowego.

Dla rozpoznania ważną jest rzeczą wiedzieć, z którym okresem chorobowym mamy do czynienia. W tym kierunku podałem dokładne wyjaśnienia w *Wiener med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 49—52. Poznanie okresu chorobowego wpływa bowiem na rokowanie i sposób leczenia. Najtrudniéj rozstrzygnąć niekiedy czy ma się rzeczywiście do czynienia z okresem niedowładu wydzielniczego, gdyż wyniki badania w tym okresie są łudząco podobne do stanu prawidłowego, w którym wykazaliśmy (Gluziński i Jaworski. Odczyt z IV Zjazdu w Poznaniu, 1884, 2/VI) słabo rozwinięty chemizm trawienia. W tym względzie należy zważać na wywiady: Dawniéj istniejące przypadłości żołądkowe wysokiego stopnia, jak bóle, palenie, zgaga, żarłoczność, pragnienie, nieznoszenie pokarmów twardych, napojów kwaśnych i wyskokowych; obecnie zmniejszenie się tych objawów przemawia, że był dawniéj okres *gastrorrhoe acida*, obecnie zaś przechodzi, w razie wykazania zmniejszenia chemizmu trawienia, w stan niedowładu wydzielniczego, zwłaszcza jeżeli można wybadać równocześnie niedowład wydzielniczy. W braku powyższych oznak należy taki przypadek uważać prawdopodobnie jako polegający na tle nerwowym.

Co się tyczy kwestyi terapii, to spostrzegłem w przypadkach badanych, że tylko w tych zmniejszały się i ustawały przypady gastryczne, w których zmniejszyło się przedtém nadmiarowe wydzielanie kwaśne błony śluzowéj. Jestem więc zdania, że terapija sprowadziła tutaj z nieżytu kwaśnego (sub 3), w krótkim czasie niedowład wydzielniczy (sub 4), który sam przez się po dłuższém trwaniu byłby się wytworzył. Nie zaprzeczam wprawdzie możliwości powrotu błony śluzowéj w pewnych okresach (sub 1 i 2) przez zabiegi terapeutyczne do stanu prawidłowego, lecz dotychczasowa obserwacyja moja, przemawia raczéj za tém, że w przeważnéj części przypadków błona śluzowa żołądka nie przychodzi już do prawidłowego stanu, lecz do tego, który odpowiada niedowładowi wydzielniczemu (*insufficientia secretionis acida*) i jest przedostatnim okresem całéj sprawy chorobowéj. Przez nieodpowiednie lekowanie może lekarz łatwo sprowadzić nawet okres ostatni (zanik wydzielniczy) i tym sposobem choremu niepowetowaną szkodę wyrządzić. Wynika więc ztąd, że lecząc zboczenia wydzielnicze żołądka, należy od czasu do czasu przebieg leczenia kontrolować, czyli też wydzielanie soku żo-

łądkowego się wzmaga czyli opada, i do jakiego ono stopnia kwasoty doszło, aby w należytym czasie leczenie przerwać. Dotychczas praktykowane kierowanie się objawami podmiotowemi jest zupełnie niepewne.

VI. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Dr. Weichselbaum: **Etyjologija i zmiany patologiczno-anatomiczne spraw ostrych zapalnych w płucach.** (*Wien. med. Wochenschrift*).

Od niedawna dopiero utrwaloną została nauka o zapaleniu płuc włóknikowém ze względu na etyjologiję, objawy kliniczne i zmiany anatomiczne. Szczególnie co do etyjologii, długo utrzymywało się przekonanie, że zapalenie płuc włóknikowe polega jedynie na zaziębieniu i dopiero szkoła wiedeńska, a na jéj czele Skoda, jeszcze przed Jürgensenem, domniemywała się wpływów miasmatycznych, zakaźnych. Zawsze atoli pierwszy Jürgensen, opierając się na przebiegu klinicznym, ze wszelką stanowczością zaliczył zapalenie płuc włóknikowe do chorób zakaźnych. I dziwną zaiste jest rzeczą, dla czego na myśl tę nie natrafił anatom patologiczny, skoro obraz sekcyjny u zmarłych na zapalenie płuc włóknikowe odpowiadał zawsze objawom choroby zakaźnéj, które nie dozwalają przypuszczać, aby sprawa ta była sprawą miejscową, w płucach się toczącą. Pierwszy Klebs i Eberth uczynili wzmiankę o kokach przy zapaleniu płuc włóknikowém; następnie Koch odtworzył łańcuszkowate koki fotogramami (*Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte* Bd. I) nadmieniając przytém, że koki te podobnie jak przy róży, znajdują się tylko w przybrzeżnych częściach, naokoło miąższu płucnego zapaleniem włóknikowém zajętego. Friedländer dnia 15 listopada 1883 r. postąpił daléj podając, że koki, wywołujące zapalenie płuc włóknikowe różnią się od innych przez charakterystyczną osłonkę lub torebką, jakoteż hodowlę i zaraźliwość. Według Friedländera koki te są kształtu okrągłego lub eliptycznego a kultury ich w żelatynie przybierają formę gwoździ. Przy przeszczepianiu ich na zwierzęta, króliki zachowywały się odpornie; myszy zaś, którym hodowle wstrzyknięto do jamy brzusznéj, zdychały w przeciągu 1—2 dni wśród objawów obustronnego zapalenia opłucny, ognisk zapalnych w płucach i obrzęku ostrego śledziony. W wypocinie zapalnéj i we krwi znachodziły się naówczas te same mikroorganizmy co i w hodowli, ale z wybitną otoczką. Morskie świnki w połowie okazywały odporność a na 5 psów jeden dostał zapalenia płuc i opłucny włóknikowego.

Wkrótce po ukazaniu się pracy Friedländera rozpoczął autor poszukiwania swe w zakresie zapalenia płuc włóknikowego i zajmował się tym tematem przez półtrzecia roku. Już w pierwszych przypadkach z łatwością udało mu się przekonać, że w plwocinie włóknikowéj płuc brak koków z otoczką, jak również że koki te inaczéj zachowują się w hodowli. Ufny w podanie Friedländera, że koki przez niego wykryte bardzo dobrze rozrastają się w żelatynie, używał i do swoich kultur żelatyny, ale zawsze z ujemnym wynikiem, pomimo, że w cieczy płucnéj można było pod drobnowidem wykazać mnóstwo koków z wybitną otoczką a proces zapalny był świeży, bo w 4—5 dniu trwania. Na mocy doświadczeń swych przyszedł autor do przekonania, że hodowle ich nie udają się wśród temperatury pokojowéj i na żelatynie. Dla tego też w następnych używał nie tylko żelatyny lecz i agaru; epruwetki z agarem wstawiał do ciepłéj wylęgarni, a wtedy wynik był dodatni.

Okoliczności te naprowadziły autora na myśl, że oprócz rodzaju koków Friedländera muszą istnieć i inne przy zapaleniu włóknikowém płuc, w czém też w ciągu półtrzecioletniéj pracy mógł się upewnić.

W tymże czasie również i inni autorowie zajmowali się tym samym tematem. I tak np. na krótki czas przed wystąpieniem Friedländera nadmienił Talamon, iż pod mikroskopem widział w 25 przypadkach, badając ciecz płuca dotkniętego sprawą zapalną włóknikową, koki lancetowate, z których jednak tylko jednę czystą hodowlę otrzymał. Również w jednym przypadku udało mu się otrzymać czystą kulturę, skoro za pomocą strzykawki Prawaza osiągnął ciecz u człowieka żyjącego, dotkniętego zapaleniem płuc. Ciecz tę wstrzykiwał morskim świnkom, psom i królikom, ale tylko ostatnie okazywały reakcyję, a przy sekcyi można było skonstatować zapalenie opłucny i osierdzia, a niekiedy i zapalenie płuc. W 2 przypadkach zapaleń płuc komplikowanych z zapaleniem opłucnéj, śródsierdzia i osierdzia osiągnął z wypociny za pomocą strzykawki Prawaza otrzymanéj hodowlę innych koków, które różniły się od poprzednich przez ułożenie łańcuszkowate, a które wstrzyknięte nie mniéj te same zmiany wywoływały w płucach królików. Talamon nie oświadczył jednak stanowczo, czy koki te przedstawiają się jako odrębna postać, czy też stanowią tylko postać przejściową rozwojową koków lancetowatych, a tém samém nie oświadczył st nowczo, czy przyczyną zapalenia włóknikowego płuc jest jeden przyrzut czy więcéj. Emmerich na mocy spostrzeżeń swych dokonanych w zakładzie karnym w Amberg, gdzie od r. 1857 pojawiły się liczne przypadki zapalenia płuc wspomina między innemi o chorobach zbliżonych bardzo do Friedländerowskich. Na trzecim kongresie medycyny wewnętrznéj w r. 1884, skoro zawiązała się dyskusyja o zapaleniu płuc włóknikowém, między Jürgensenem a Fränkiem, tenże ostatni podał do wiadomości, że już r. 1883 otrzymał na skrzepłéj surowicy krwi, używając cieczy wypocinowéj z płuca dotkniętego zapaleniem płuc włóknikowém, kulturę składającą się wyłącznie z koków wrzecionowatych, a któréj wstrzyknięcie w przeciwstawieniu Friedländera zawsze bardzo skuteczną się okazało u królików. W dalszym 2 i 3 przypadku kultury przedstawiały to samo wejrzenie w jednym jednak przebieg nie odniosło żadnego skutku, w drugim zaś tylko wywołała przemijającą gorączkę a nigdy śmierci. W 3 przypadku kultura w początkowym rozwoju na żelatynie przybierała wejrzenie podobne do gwoździ, co jednak późniéj ustąpiło. Fränkel doszedł wreszcie do wniosku, że koki w zapaleniu płuc niekiedy nie działają na króliki, a gwoździowaty ich rozwój nie jest stały.

W ostatniéj swéj pracy, która pod koniec doświadczeń autora wyszła, wspomina Fränkel, iż we wszystkich 4 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego, a zalicza do nich i 3 powyższe, napotykał ten sam rodzaj mikroorganizmów tj. koki wrzecionowate i lancetowate i że z nich otrzymał czyste hodowle. Hodowla w 4 przypadku odpowiadała w zupełności tak co do rozwoju, jak i własności patogenicznych pierwszéj. Obie tworzyły na skrzepłéj surowicy z krwi bydlęcéj wołowéj pokład śluzowy, szarobiały, prawie przeźroczysty i rozwijają się na żelatynie dopiero w ciepłocie 27°. Po wstrzyknięciu ich zdechały króliki w przeciągu 24—48 godzin, a przy sekcyi znaleziono albo jedynie tylko

obrzęk ostry śledziony i liczne diplokoki we krwi bez innych zmian, lub jeśli wstrzyknięto do płuc, oprócz zmian powyższych i wypocinę włóknikową na opłucny, osierdziu z ogniskami zapalnemi w płucach lub bez nich. Podobnież oddziaływały myszy podczas gdy świnki morskie często, a psy, gołębie, kury zawsze okazywały się odpornemi. W téj samej pracy zajmuje się Fränkel także i septycemiją, wywołaną przez plwociny, procesem patologicznym, który wywoływali Pasteur i Sternberg przez podskórne wstrzyknięcie śliny królikom, a Griffini, Cambria i Klein przez przeszczepienie plwocin z osób dotkniętych zapaleniem płuc, a przy którym znajdowały się stale we krwi diplokoki z otoczką. Plwociny rdzawe przy zapaleniu płuc się znachodzące działają bardzo skutecznie prawie zawsze. — Z doświadczeń Fränkla wynika, że rodzaj koków wywołujący septycemiję plwocinową, znajduje się i w ślinie zdrowych ludzi, ale w ślinie osoby dotkniętéj zapaleniem płuc włóknikowém w potrójnéj ilości i aczkolwiek Fränkel stanowczo nie oświadcza się za identycznością koków wywołujących plwocinową septycemiję, a zapalenie włóknikowe płuc, toć jednak uważa to za bardzo prawdopodobne.

Na podstawie 6 przypadków zapalenia włóknikowego płuc, w których otrzymał czyste hodowle, zgadzające się ze sobą co do wejrzenia i rozwoju twierdzi, iż koki przez niego wykryte wywołują powyższą sprawę patologiczną a powątpiewa, czy diplokoki Friedländera stoją z nią w jakimkolwiek związku etyjologicznym. Co się tyczy kultur Friedländera, to takowe mieli otrzymać i Afanassief, Dreschfeld, Foa, Rattone, R. Paltauf i inni przy zapaleniu płuc włóknikowém.

Ze względu na naukę o mikroorganizmach, bakteryjologiję, mamy 2 przeciwników; z jednéj strony Fränkel, który uznaje swoje lancetowate koki za stanowczą przyczynę zapalenia płuc włóknikowego i powątpiewa o patogeniczném znaczeniu koków Friedländera, z drugiéj strony Friedländer, który znów przy swoich obstaje z zastrzeżeniem, że prawdopodobnie i inne czynniki tenże proces chorobowy wywołują.

I klinicyści ze względu zapatrywania się na etyjologiję zapalenia płuc włóknikowego dzielą się na dwa obozy. Jednych reprezentuje Jürgensen, który obstaje za charakterem zakaźnym i jednością jadu zapalenia włóknikowego płuc, podczas gdy drudzy przyjmują 2 postacie zapalenia włóknikowego płuc mianowicie raz jako chorobę zakaźną, drugi raz skutkiem zaziębienia powstałą. (C. d. n.)

Chirurgija.

Dr. Baštýř: Przyczynek do patologii próchnicy zębów oraz krytyka nowéj jéj teoryi.

W 3cim zeszycie czasopisma *Vierteljschft f. Zahnheilk.* umieścił Dr. Ed. Nessel, docent czeskiego Uniw. w Pradze, rozprawę pod tyt: „*Caries der Zähne*“, w któréj przypisuje pulpie zęba ważną rolę przy rozwoju próchnicy, przez co zbliża się w pojęciach swoich o rozwoju téj choroby do T. Bella, Neumana i Hertza.— Dr. B. zbija w powyższéj pracy wszystkie poglądy swego kolegi i wykazuje, iż wszystkie jego spostrzeżenia, za nowe uważane, polegają na błędzie. Nie podobna bowiem zgodzić się z Dr. N. na twierdzenie, jakoby pulpa z chwilą zamknięcia korzeni, tj. we 2—3 lata po wykłuciu się zęba z dziąseł, nie wywierała żadnego wpływu na budowę histologiczną jego ścian, ale odtąd pośredniczyła w jego wstecznéem przeobrażeniu i to w ten sposób, iż nadmiar soli wapniowych krążących w organizmie, osadza się za pośrednictwem pulpy albo w postaci warstw rozlanych, wyścielających całą jamę pulpy, (któreto warstwy uważają inni autorowie jako zębowinę pierwotną), albo w postaci zębowiny (*Ersatzdentin*), albo nareszcie jako t. zw. zębiaki (*Dentikel*). Te ostatnie mają nawet podług N. tylko w pewnym ściśle oznaczonym wieku powstawać, nie pierwéj jak około 35 roku życia w zębach wolnych od próchnicy, w zębach zaś zajętych tą chorobą nieco wcześniéj. Temu twierdzeniu słusznie zaprzecza B., podnosząc codziennem doświadczeniem stwierdzony fakt, iż zębiaki częstokroć u indywiduów młodych, przed ukończoném kostnieniem szkieletu, kiedy zatém we krwi prędzéj niedostatku jak nadmiaru soli wapniowych spodziewać się należy, występują.

Ze względu na przebieg próchnicy sprzeciwia się B. stanowczo spostrzeżeniom N., które tenże jako dotychczas zupełnie nieznane podnosi mianowicie, iż „próchnica w zębach młodszych pod względem swego rozwoju okazuje zawsze przebieg ostry, w zębach zaś starszych chroniczny“. Przebieg ten ma być ściśle zależnym od żywotności pulpy. Tymczasem codzienne doświadczenie uczy, iż bardzo często rzecz się ma przeciwnie, że np. ostrą próchnicę znaleźć można w zębach, które się późnéj doczekały starości, w których zatém pulpa okazuje się mało żywotną a nawet jest w stanie zaniku.

W ustępie o rozszerzaniu się próchnicy podaje N. dwa następujące twierdzenia:

1) Próchnica w pewnym okresie czasu rozszerza się typowo;

2) Dąży ona do silniéj rozwiniętego rogu pulpy, któremu odpowiada silniéj rozwinięty guzik korony.—Twierdzenia te stara się N. poprzeć całym szeregiem spostrzeżeń, mających na celu wykazać, iż próchnica polega pierwotnie na zakłóceniu odżywienia w granicach jednego obwodu naczyniowego pulpy, przechodząc następnie na sąsiednie części. Że tak jest w istocie, znajduje N. na ścianie jamy pulpy, w miejscu odpowiadającém ubytkowi na powierzchni zęba pewne zmiany i to już w tym okresie, kiedy ubytek w emalii dochodzi zaledwie wielkości główki od szpilki! — Na 326 próchnicą zajętych trzonowych zębach wykazuje B., iż spostrzeżenia N. co do typowości rozszerzającéj się próchnicy i w związku z nią będących pojedynczych lub podwójnych otworach korzeni, są nieprawdziwe i polegają na błędzie. Badanie jednak tak znacznéj ilości zębów skierowało uwagę autora na bardzo ważne w sprawie etyjologii próchnicy pytanie, dla czego w pewnych miejscach korony zęba choroba ta częściéj, jak w innych występuje. B. potwierdza w zupełności spostrzeżenia Arthura, iż kąt powstający na około punktów zetknięcia dwóch sąsiadujących zębów, w których gromadzą się istoty organiczne łatwo rozkładowi ulegające, jest miejscem, w którém zwykle niepostrzeżenie próchnica się rozpoczyna. Kąt ten w zębach policzkowych (trzonowych małych) przypada albo w środek powierzchni bocznych, jeżeli guzik policzkowy i językowy są jednakowo rozwinięte, albo też odpowiada on guzikom policzkowym, jeżeli takowe — jak zwykle bywa — są silniejsze od językowych. W pierwszym przeto razie próchnica rozszerzać się będzie jednostajnie ku obu guzikom, w drugim zajmie guziki policzkowe, niezależnie od obwodów naczyniowych Nessela, które tenże autor w pulpie przypuszcza. W zębach trzonowych, dużych górnych, z powodu ich schodkowatego ku tyłowi ustawienia, znajduje się na ścianie dośrodkowéj ów kąt Baštýřa w miejscu odpo-

wiadającym korzeniowi dośrodkowo-policzkowemu [1]), na ścianie ośrodkowéj zaś odpowiada korzeniowi podniebieniowemu: w tych tedy punktach próchnica zwykle ma swój początek. Zmiany, które N. na ścianach jamy pulpy już w pierwszych początkach próchnicy znajduje, uważa B. zgodnie z innymi autorami, jako świeże warstwy zastępczéj zębowiny (*Ersatzdentin*). Ostatecznie przyznaje B., iż trudno przypuścić, aby w żywym zębie próchnica bez reakcyi ze strony żywéj pulpy się rozwijała, reakcyi téj jednak badania Nessela wcale nie wykazują.

Powyższéj krytyki Baštýřa nie zostawi prawdopodobnie Nessel bez repliki: czekajmy, w jaki sposób zechce się utrzymać przy swych twierdzeniach! (Odbitka z *Oest. ung. Vierteljahrschrift für Zahlheilkunde*). IV zeszyt, październik 1886, II rocznik). *Dr. Szymkiewicz.*

John S. Miller. **Ulepszony trójgraniec do przekłucia brzucha.** Ażeby zapobiedz częstemu zatkaniu rurki przez jelito lub krézkę podczas przekłucia brzucha, w którym to przypadku dopiero przez zmianę położenia chorego lub wprowadzenie zgłębnika można usunąć przeszkodę, sporządził autor trójgraniec, w którego rurkę wprowadza się drugą dłuższą zaopatrzoną na końcu dwoma oknami; okna te otwierają się za pomocą sprężyny. Rurkę tę wewnętrzną wprowadzić można także do każdego trójgrańca odpowiadającego Nrowi 16 skali francuskiéj. Autor podaje dokładny rysunek przyrządu. (*Annals of Surgery* Nov. 1886) *Dr. Bar*ą*cz.*

Edmund J. Penny. **Przypadek śmiertelnego krwotoku do jamy brzusznéj podczas miesiączkowania.** Penny przywołany do 27 letniéj kobiety, cieszącéj się dotąd zupełnem zdrowiem, matki 2ga dzieci zastał ją konającą. Dnia poprzedniego o godz. 7 wieczorem, dostała silnych bolów w okolicy żołądka, które odnosiła do miesiączki, bóle zwiększały się stopniowo, powstał bezdech, a na drugi dzień o godz. 3 popołudniu nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała: narządy klatki piersiowéj zdrowe, w jamie brzusznéj po stronie prawéj krew płynną i nawpół skrzeplą, a w jamie biodrowéj twarde skrzepy krwi. Po oczyszczeniu jamy biodrowéj, okazał się mocno przylegający skrzep do zewnętrznéj części prawego jajnika; 2 pęcherzyki Graafa były pęknięte, do jednego z nich przylegało jajo; w sąsiedztwie liczne naczynia były mocno porozszerzane, jedno zaś do którego przylegał twardy skrzep, było pękniętém. (*Annals of Surgery* Nov. 1886). *Dr. Bar*ą*cz.*

Zielewicz. **Włókniak torbielowy (Cysto fibroma) wargi większéj ważący 2965 grm. powikłany ciążą.** Autor rozróżnia klinicznie dwie postacie włókniaków warg większych, w pierwszéj obrzęk zawdzięcza swoje powstanie i rozwój tkance łącznéj warg większych, rośnie w kierunku na zewnątrz i ma szypułkę. W drugiéj ważniejszéj postaci obrzęk ma początek głębszy w powięzi biodrowéj albo w okostnéj miednicy, albo w obu; ma wtedy széroką szypułkę i kształt bardziej okrągły.

Przypadek Zielewicza dotyczył 31 letniéj wieloródki, przedtém zupełnie zdrowéj, u któréj przed dwoma laty, tj. bezpośrednio po ostatnim porodzie powstać miał mały guz na wardze sromnéj większéj. Guz ten zwiększał się ciągle, stał się bolesnym i uczynił chorą niezdolną do pracy, a od roku chora nie mogła stać. Przed 8 miesiącami chora zaszła w ciążę. Badanie wykazało znaczny kulisty obrzęk 59 cm. obwodu mający, o nierównéj powierzchni, przed wejściem do pochwy umieszczony. Obrzęk był twardym, jednak sprężystym, a na lewéj jego stronie znajdowały się liczne torbiele chelboczące. Obie wargi lewe gubiły się w guzie, prawe były prawidłowe. Wejście do pochwy było tak przesuniętém, że dwa palce z trudnością można było wprowadzić do pochwy. Ujście cewki moczowéj było wypartém ku stronie lewéj, przytém znaczny *prolapsus recti*. Obrzęk był nieruchomym. Ciąża w 8 miesiącu. Zdecydowano się na wyłuszczenie. Zanim je wykonano, chora dostała dreszczów, tony sercowe płodu znikły i w nocy przed operacyją, chora urodziła nie żywe dziecko. W 16 dni późniéj dopiéro wykonano operacyję. Poprowadzono cięcie w okolicy guza, odpowiadającéj lewéj wardze i łatwo odzielono nożem guz od powięzi biodrowéj (*fascia pelvis*). Znaczną ranę zespojono o ile to było możliwém szwami, a uszkodzenie przytém pochwy drogą plastyki usunięto. Przypadkowo nacięto odbytnicę podczas operacyi na długości 2 cm. Zespojono otwór ten katgutem bez złych następstw. Założono opatrunek z jodoformu i gazy sublimatowéj i wprowadzono cewnik w celu zapobieżenia zanieczyszczeniu opatrunku moczem. Operacyja trwała godzinę, przebieg był korzystnym z wyjątkiem pierwszych czterech dni, w których chora miała silną gorączkę, w 3 tygodnie późniéj chora dostała zapalenia opłucny; chora opuściła szpital zupełnie uleczona w dwa miesiące po przyjęciu jéj i odzyskała władzę w odnogach dolnych. Obrzęk ważący 2965 Grm. był włókniakiem bardzo unaczynionym (rzadka postać). Zweifel w dziele swojém o chorobach części płciowych zewnętrznych żeńskich, wydaném 1885 r. odwołuje się do twierdzenia Kiwischa, podając tylko, że obrzęki podobne pojawić się mogą. (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 24, 1886 także *Annals of Surgery* Novemb. 1886). *Dr. Bar*ą*cz.*

J. R. Chadwick. **Przypadek, w którym pochwa przedstawiała włosowaty kanał, wyleczenie w ciągu, którego wytworzyła się przetoka żołądkowopochwowa; wyleczenie téj ostatniéj.** Zamężna 16 letnia kobieta, miała zamiast pochwy, włosowaty kanał prowadzący od ślepego woreczka tuż za wargami mniejszemi $3\frac{1}{4}$ cala głęboko sięgający a prowadzący do prawidłowéj macicy; za pomocą kleszczy i palca przedarto kanał ten i za pomocą szklanego tamponu wytworzono dostateczną pochwę. Podczas leczenia powstał u choréj olbrzymi ropień sięgający od wzgórka łonowego aż po żebra; ropień ten przebił do górnéj części jelita (gdzie przyp. sprawozd.?). Chora miała być bardzo żarłoczną. Ropień aspirowano najpierw przez powłoki brzuszne, a następnie przez szczyt sztucznéj pochwy. W celu zapewnienia odpływu ropy, pozostawiono w ostatnim otworze po przekłuciu rurką trójgrańca ale gdy ta choréj zawadzała, chciano zastąpić takową kateterem Nélatona; gdy to jednak było bezowocném, wbito następnie forsownie powtórnie trójgraniec do obrzęku, pozostawiając rurkę zatkaną korkiem. Po usunięciu korka dnia następnego charakterystyczna treść żołądkowa pokazała się w wydzielinie w znacznéj ilości i przekonano się, że trójgraniec dostał się przez ropień do olbrzymio rozdętego żołądka, przezco wytworzyła się przetoka żołądkowopochwowa utrzymująca się przez 3 dni po usunięciu rurki, je-

---

[1]) Dla wyjaśnienia téj nazwy pozwolę sobie namienić, iż boczne ściany (lub brzegi) zębów oznaczają się nazwami: *mesial* i *distal*, z których pierwsza oznacza ścianę (wzgl. brzeg) skierowaną ku płaszczyźnie środkowéj ciała, druga zaś ścianę od téjże pł. odwróconą. W polskiém tłómaczę te wyrażenia przez „dośrodkowy i odśrodkowy“. Dwie inne ściany zęba są: policzkowa (wzgl. wargowa) i podniebieniowa (wzgl. językowa). Z tego powodu w zębach trzonowych dużych górnych nazywam korzeń, odpowiadający ścianie podniebieniowéj korony: podniebieniowym, dwa zaś korzenie, odpowiadające ścianie policzkowéj: dośrodkowo- i odśrodkowo-policzkowym.

dnak bez niekorzystnych następstw dla chorej, która zupełnie wyzdrowiała. (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1886 June 3).

Dr. Barącz.

J. Homans. **Usunięcie zwłok płodu za pomocą laparotomii w przypadku ciąży pozamacicznej trwającej 7 lat.** Kobieta 35 lat licząca, przebyła wszystkie okresy ciąży rozpoznanej jako pozamaciczna bez porodu. Po upływie przeszło roku ciąży, zdrowie chorej polepszyło się o tyle, że mogła oddawać się zwykłym zatrudnieniom domowym, co też miało miejsce przez 6 lat następnych, pomimo pozostałej znacznej objętości brzucha, chora przytém miewała miesiączkę nie zaszła jednak w ciążę. Po upływie tego okresu zaczęła doznawać silnego bólu w brzuchu; natrafiono na obrzęk utworzony przez nagromadzony kał, który usunięto, w lewej jednak okolicy podżebrowej i biodrowej pozostał twardy obrzęk, z którego za pomocą aspiracyi wydobyto płyn olejny i do ropy podobny. Rozpoznano torbiel skórzakowy lewego jajnika i zaproponowano wycięcie jajnika. Przy operacyi natrafiono na torbiel jajnikowy, który wypróżniono, ale po wypróżnieniu go, pod nim prawie w linii środkowej, znajdował się drugi torbiel, wielkości głowy dorosłego mężczyzny; błona pokrywająca ten torbiel przechodziła na otrzewnę jelit i pęcherza. Zawierał on płyn, w którym był zawieszona miazga tłuszczowa ziarnista, a oprócz tego wszystkie kości donoszonego płodu. Oczyszczono dokładnie ten torbiel i jamę brzuszną a ściany torbiela przyszyto do skóry cięcia w powłokach brzusznych i wprowadzono dren. Chora umarła jednak w 4 godziny po operacyi. (*Boston Med. aud Surg. Journ.* May 20, 1886).

Dr. Barącz.

A. H. N. Lewers. **Przypadek ropnia miednicy o niezwykłém umiejscowieniu podobny do miękkiego włókniaka macicy.** 37 letnia kobieta która przebyła 9 porodów i 3 poronienia, odbyła przed 4 tygodniami przed wstąpieniem do London Hospital, poród prawidłowy powikłany tylko obfitym krwotokiem. W 10 dni po porodzie, chora opuściła łóżko i zauważyła obrzęk w brzuchu, ale czując ból w podżebrzu zmuszoną była znowu położyć się do łóżka. Gładki, sprężysty i niebolesny obrzęk wychodzący z miednicy a sięgający do pępka, można było wyczuć u chorej odgłos wypukowy nad nim był stłumiony, a obrzęk był rozmieszczony symmetrycznie. Po wypuszczeniu moczu, w narkozie za pomocą eteru można było wyczuć guz przed szyją macicy umieszczony spychający przednie sklepienie. Przy skombinowaném badaniu przekonano się że guz ostatni przechodził w pierwej opisany sięgający do okolicy podżebrowej. Macica była ruchomą, a obrzęk był poruszalny z macicą. Dna macicy nie można było wyczuć, sonda wchodziła do niéj na $3\frac{1}{2}$ cala. Rozpoznano z prawdopodobieństwem miękki włókniak. Obrzęk aspirowano następnie przez powłoki brzuszne w środku między pępkiem a wzgórkiem łonowym przyczém wypuszczono kwartę mocno cuchnącej ropy, a obrzęk zupełnie znikł. Ropień ten wypełnił się znowu i otwarto go przy zachowaniu ostrożności antyseptyki. Chora wyzdrowiała. (*Lancet* 1886 3 Marca).

Dr. Barącz.

D. G. Zesas: **O wyłuszczeuiu torebki stawowéj na tylnéj ścianie stawu kolanowego.** W przypadkach gruźliczego cierpienia stawu kolanowego, w których tylna ściana torebki stawowéj jest zajętą, gdzie, jak wiadomo, wydalenie istoty grzybowatéj jest rzeczą ważną, radzi autor odpreparować naczynia tak daleko, jak masa grzybowata sięga, odciągać je haczykami aż cała masa grzygowata zostanie wyciętą. W przypadkach zaniedbanych należy dosięgnąć naczynia od strony dołka podkolanowego i odciągnąć je tą drogą. *Originalmittheilung, Centralbl. f. Chirurg. 1886 Nr. 28.*

Dr. Barącz.

M. Notta. **Złamanie sklepienia czaszki w następstwie urazu kości ciemieniowéj u dziecka czteromiesięcznego. Brak uszkodzenia skóry czaszki. Meningitis traumatica. Śmierć** W 5 dni po upadnięciu na podłogę z wysokości 75 cm. dziecko zaczęło wymiotować, silnie krzyczeć i dostało drgawek osobliwie prawéj górnéj odnogi. Autopsyja stwierdziła pokład żółty ropny, powlekający całą niemal lewą półkulę mózgu i z trudnością odkryto złamanie lewéj kości ciemieniowéj, bez przesunięcia jednak odłamków, przebiegające skośnie ku górze i tyłowi (ku szwu strzałkowemu). Rzadkość podobnych przypadków odnieść należy do sprężystości kości czaszki u dzieci. Im młodsze dziecko, tém trudniejsze rozpoznanie podobnych uszkodzeń. Złamanie sklepienia czaszki nie wywołując często z początku żadnych groźnych objawów, może w przeciągu kilku dni zakończyć się ostrém zapaleniem błon mózgowych z zejściem śmiertelném. (*Le Progr. Méd.* 1886 13/2)

Dr. Barącz.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcyja lwowska

V zwyczajne posiedzenie z dnia Igo maja 1886.

Obecni: Prezes Dr. Merunowicz i członków 31.

1) Kol. sekretarz odczytuje protokół z IV posiedzenia naukowego Sekcyi, który przyjęto.

2) Przewodniczący oznajmia, że dwaj lekarze lwowscy, członkowie Sekcyi, a mianowicie Dr. Berthleff i Dr. Longchamps obchodzą 50-letni jubileusz doktorski, wnosi więc, aby członkowie Sekcyi uczcili jubilatów adresem, poczém wspólnie z Komitetem obywatelskim ma być dany bankiet na cześć jubilatów, w którym członkowie Sekcyi mogą wziąść udział. Wnioski przyjęto.

Następnie na wezwanie Przewodniczącego podpisywano petycyję w sprawach podwyższenia i zmiany taks sądowolekarskich do Ministerstwa.

Nareszcie Przewodniczący przemawia w sprawie zakładania lecznic, nad czém rozwinęła się dyskusyja obszerna i żywa, lecz nie powzięto żadnych uchwał.

Z porządku dziennego przedstawił kol. Barącz dwóch chorych, a mianowicie:

1) Chorego z wrodzoną szparą podniebienia miękkiego, sięgającą do brzegu podniebienia twardego; na chorym tym wykonał staphylorafiję. Kol. B. uważa że usprawiedliwioném jest przedstawienie tego chorego, już ze względu na rzadkość cierpienia i podobnéj operacyi, jakoteż ze względu na zmieniony sposób operowania, wreszcie ze względu na korzystny wynik pod względem zagojenia się *per primam.* W 2 przypadkach obserwowanych przez kol. B. rozeszły się brzegi rany. Następnie kol. B. podaje krótką historyję téj operacyi.

Pierwsze podania o téj operacyi datują się od r. 1766, w którym dentysta francuski Lemmonieuz zeszył szparę w podniebieniu miękkiém i twardém po odświeżeniu brzegów i zamknął otwór w podniebieniu twardém przez wywołanie ropienia brzegów.

W roku 1799 Eustache, lekarz w Beziers, zaproponował zamknąć szwami ranę w podniebieniu miękkiém, którą zadał w celu wydobycia polipa połykowego. Chory jednak nie przystał na operacyję. W 4 lata późniéj Eustache przedłożył rozprawę Akademii królewskiéj w Paryżu: o wrodzonych szparach podniebienia miękkiego i zaproponował Akademii uznanie téj operacyi.

W grudniu 1816 Graefe na posiedzeniu Tow. chirurgiczno-lekarskiego podał, że udało mu się kilkakrotnie zamknąć szparę w podniebieniu miękkiém za pomocą szwów po odświeżeniu brzegów kwasem solnym i tynkturą kantaryd. Między r. 1816 a 1820 Graefe z powodzeniem wykonał tę operacyję. W r. 1819 Roux prawdopodobnie bez wiedzy o zabiegach Graefego, po odświeżeniu skalpelem zamknął szwem szparę w podniebieniu.

Operacyja wydaje się na pozór bardzo łatwą; potrzeba tylko odświeżyć brzegi szpary i zeszyć. W praktyce jednak ope-

racyja jest trudną; części te leżą bardzo głęboko od powierzchni ciała, manipulacyje wszelkie utrudniają mimowolne ruchy połykowe, strumień krwi zalewa pole operacyjne, a założenie szwów w skutek tego jest nader trudném; daléj napięcie mięśni podniebienia jest znaczném i przeszkadza zagojeniu się rany. Aby tym niedogodnościom zapobiedz, podano różne metody: Smith starał się zmniejszyć pierwszą trudność przez wynalezienie swojego rozwieracza ust. Prof. van Buren zaproponował operować z głową zwieszoną na dół wśród znieczulenia chorego, aby zapobiedz dostaniu się krwi do tchawicy. Willam Fergusson starał się zmniejszyć napięcie przez obustronne przecięcie *M. levator palati*. Bérard ulepszył sposób zakładania szwów.

W nowszych czasach wynalazek kokainu przyczynił się do znacznego ułatwienia operacyi.

Kol. B. użył kokainu, którym udało się mu znieczulić zupełnie podniebienie na przeciąg $1\frac{1}{2}$ godziny, nie użył przytém żadnego rozwieracza. Operacyję rozpoczął od założenia szwów najprzód sposobem Bérarda, używając do tego drutu srebrnego i zwykłéj igły z długim trzonkiem. Następnie odświeżył dopiero brzegi ranne, przeciął mięśnie podniebienia, utamował krwotok i związał szwy. Kol. B. przedstawia chorego w 13 dniu po operacyi. Przez cały ten czas żył chory tylko płynami, przyczém przed i po spożyciu każdego pokarmu ranę przestrzykiwano karbolem lub roztworem *Kali hypermanganicum*.

Dziś kol. B. donosi, że osiągnął znaczne korzyści z operacyi, chory bowiem wymawia zgłoski przedtém niewymawiane i łatwo zrozumieć można jego mowę. Przytém pokarmy nie zatrzymują mu się w szparze, jak to miało miejsce przedtém.

2) Drugi chory, 21 lat liczący litograf, przedstawia pozorne przedłużenie odnogi dolnéj lewéj. Początek choroby zauważył już przed $2\frac{1}{2}$ laty, od któregoto czasu cierpiał od czasu do czasu strzykania w kolanie lewém, nadto użala się na rychłe nużenie się odnogi dolnéj lewéj, które chory odnosi do przedłużenia odnogi. Badanie wykazuje wymiary długości odnogi prawidłowe, wyższe jednak ustawienie przedniego górnego kolca kości biodrowéj po stronie lewéj. Bliższe badanie kręgosłupa wykazuje bardzo nieznaczną skoliozę w części piersiowéj kręgosłupa ku stronie lewéj i nieznaczne zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie prawéj, co nam tłumaczy wyższe ustawienie przedniego górnego kolca kości biodrowéj po stronie lewéj. Niezależnie od tego staw kolanowy lewy przedstawia obraz przewlekłych zmian zapalnych, za czém przemawia zgrubienie tegoż stawu, częste bóle w nim i trzeszczenie przy zginaniu.

Dyskusyję nad przedstawionemi przypadkami odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Wiktor.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Baaz: Spostrzeżenia nad przewlekłém zatruciem rtęcią.

Będąc przez pięć lat lekarzem górniczym w Idryi miał B. sposobność obserwować 500 przypadków otrucia przewlekłego rtęcią, zdarzających się bardzo często u górników i robotników zajętych około dobywania i czyszczenia rtęci. Autor ogłasza swoje spostrzeżenia powodując się dwoma względami. Przedewszystkiém zależy mu na tém, ażeby przez ogłoszenie swoich spostrzeżeń usunąć w zupełności grunt z pod nóg antimerkurialistów, gdyż sądzi, że ich błędne zapatrywania nie zostały jeszcze stanowczo uchylone. Powtóre uważa za odpowiednie zwrócić obecnie uwagę na przypady tego otrucia ze względu na okoliczność, że jeden z najdzielniejszych przetworów rtęciowych zajął w leczeniu ran przeciwgnilném stanowisko tak wybitne, iż trudno przypuścić, ażeby mógł być zastąpiony innym środkiem.

Objawy spostrzegane w téj wielkiéj kopalni, nie różnią się od zauważanych w innych fabrykach, w których się robotnicy stykają z rtęcią lub jéj przetworami, a wszystkie przypadki tutaj należące można ująć w następujące 6 grup: 1) zapalenie jamy ust; 2) owrzodzenia ust i połyku; 3) przypady ze strony żołądka i jelit; 4) rozdrażnienie *(erethismus)* 5) drżenie; 6) charlactwo. Zapalenie jamy ust zdarza się najczęściéj i nie różni się wcale od *stomakace* epidemicznie występującéj, cuchnienie z ust, smak metaliczny, wrażliwość dziąseł nader łatwo broczących, szare obwódki na tychże, oto objawy tego cierpienia. Czasem pojawiają się owrzodzenia na dziąsłach, na brzegu języka, które drążąc w głąb zagrażają zębom i okazują niekiedy pokłady błonicowe. Ślinotok uporczywy z domieszką ropy i krwi trapi zwłaszcza w nocy tych chorych. Wyleczenie następuje najczęściéj w przeciągu dni 10 wśród unikania szkodliwości. Zboczenia w dalszych częściach przewodu pokarmowego, objawiające się wymiotami, biegunką z parciem prowadzą, zwłaszcza po dłuższém trwaniu do ogólnego wyniszczenia, do nerwowéj i umysłowéj przeczulicy i do ogólnego rozdrażnienia. Stan taki wymaga do wyleczenia co najmniéj 6ciu tygodni.

Obszerniéj zastanawia się autor nad drżeniem, które porównywa z *paralysis agitans*. Ze względu na początek i szerzenie się drżenia, daléj ze względu na to, że ono bywa potęgowaném w skutek afektów, jest objaw ten podobny do sprawy chorobowéj wymienionéj, a jako przyczynę tegoż znajdował wprowadzenie do organizmu większéj ilości rtęci na raz. U robotników, którzy zapadali po kilka razy na drżenie lub rozdrażnienie, nie następowało już nigdy zupełne wyleczenie, lecz najczęściéj charlactwo, porażenie i ogłupienie. Raz tylko sprowadziło otrucie rtęcią śmierć bezpośrednio po upływie dni kilkunastu. Najczęściéj staje się owo otrucie tylko pośrednio przyczyną śmierci, którą z upodobaniem sprowadza gruźlica płuc, a u potomstwa robotników zołzy i drgawki. Wyrzutów na skórze nie spostrzegał autor w przebiegu zatruć przewlecznych, ani też ołysienia i sądzi, że te sprawy powstają jedynie przy wcieraniu szaruchy i są następstwami niewłaściwego stosowania rtęci. Stanowczo twierdzi daléj, że nigdy nie spostrzegał objawów podobnych do przebiegu kiły wtóro- lub trzeciorzędnéj, czém osłabia zarzut przeciwników rtęci (Hermann) chcących dowieść, że te objawy wywoływa rtęć, poprzednio jako lek podawana.

Obszerną pracę kończy autor uwagą, że najlepszym środkiem przeciw tym sprawom jest zapobieganie dostawaniu się rtęci do organizmu i podaje cenne wskazówki i przyczynki do higijeny zajęć. Przeciw sprawom w jamie ust stosował zwykłe płukania z kwasu borowego lub chloranu potasowego z dobrym skutkiem. W przypadkach drżenia nie przynosił jodek potasu żadnéj ulgi, a zboczenia nerwowe uważa w ogóle za nieuleczne, charłactwo wreszcie powstaje następowo już nie w skutek obecności rtęci w organizmie i jest również nieuleczne. (*W. med. Presse 1886*).

Dr. Schaitter.

VI Zjazd międzynarodowy higijenistów i demografów odbędzie się w Wiedniu od 26 września do 1 października. Protektorat przyjął cesarzewicz Rudolf. Honorowymi prezydentami są: Ministrowie Taaffe i Gautsch, Namiestnik Possinger, marszałek krajowy Kinsky i burmistrz Uhl. Składka wynosi 10 złr. Na 2 posiedzeniach ogólnych będą tylko wykłady, na posiedzeniach sekcyjnych mogą się toczyć rozprawy. Nad czysto lekarskiemi pytaniami nie będzie głosowania.

Na mającym się odbyć Zjeździe lekarzy rosyjskich toczyć się mają rozprawy nad założyć się mającém w Petersburgu lub Moskwie centralném Muzeum lekarskiém.

W Japonii istnieje 7 czasopism lekarskich mających przeszło 13.000 prenumeratorów a 9 czasopism higijenicznych mających więcéj niż 8000 prenumeratorów i 2 dzienniki farmaceutyczne. Istnieje tam państwowy Urząd zdrowia.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu Vgo Wydziału krajowego Sejmowi przedłożonego.

Wydatki na cele zdrowia publicznego. W roku 1882 wydał fundusz krajowy na cele zdrowia publicznego kwotę 6 84.10 złr.5 w. a. Kwota ta większą jest od kwoty budżete przeznaczonéj o 10.868 złr. w. a., mniejszą zaś od wydanéj w r. 1884, o 4.487 złr. w. a., i mniejszą od wydanéj w roku 1878 o 121.250 złr. w. a.

Ruch chorych i wydatki w naszych szpitalach. W roku 1885 miesciło się we wszystkich naszych szpitalach tak krajowych jak powiatowych i gminnych, niemniéj w zakładach dla położnic i dla obłąkanych, tudzież w szpitalach dla dzieci 3.555 łóżek, tj. o 31 więcéj niż w r. 1884 wykazano. Mianowicie przybyło we Lwowie na oddziale położnic 14 łóżek z powodu przeniesienia do gmachu głównego: w Sokalu 9, z powodu napływu chorych i w Stryju 22, które już od wybudowania nowego budynku były używane lecz dotąd niewykazane. — Niezarachowano zaś w szpitalu św. Łazarza w Krakowie 10 łóżek, używanych przez mamki, które za chore uważane być nie mogą, i w Zaleszczykach 4 łóżka, które służą do użytku posługi. Chorych leczono w ogóle 39.149, z tych w szpitalach powszechnych 34.965, w zakładach dla położnic 955, dla obłąkanych 1.291 a w szpitalach dla dzieci 2.068. Dni leczenia było: chorych 784.980, położnic 16.648, obłąkanych 195.181, dzieci 50.918, razem 1,047.727 dni. Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 68.47, zaś zmarłych 99·93.—Mianowicie wyzdrowiało chorych 70·22%, zmarło zaś 9·18%, położnic wyzdrowiało 90·26%, zmarło 2·61%, obłąkanych wyzdrowiało 23%, zmarło 12·24% dzieci wyzdrowiało 55·60%, zmarło zaś 27·23 na sto. Cała kuracyja chorego trwała w szpitalach powszechnych 22·45 dni, w zakładach dla położnic 17·42 dni, w zakładach dla obłąkanych 151·12 dnia, w szpitalach dla dzieci 24·62 dnia, a średnio we wszystkich po 26·76 dnia. Wydatki wynosiły we wszystkich zakładach razem 708.708 zł. w. a., z których przypada na szpitale powszechne 497·651 zł., na zakłady położnic 22.582 zł., na zakłady dla obłąkanych 163·016 zł., a na szpitale dla dzieci 25·459 zł. Koszt utrzymania chorego przez całą kuracyję w zakładzie wynosił w szpitalach 14 zł. 22 ct., w zakładach położnic 23 zł. 64 ct., w zakładach dla obłąkanych 126 zł. 27 ct., w szpitalach dla dzieci 12 zł. 31 ct. Utrzymanie zaś dzienne kosztowało chorego 63·4 ct., położnicy 1 zł. 35 ct.. obłąkanego 83·5 ct., dziecka 50 ct. Żywność wraz z pieczywem i winem kosztowała średnio na dzień i osobę w szpitalach po 21·5 ct., u położnic 27·5 ct., u obłąkanych 28 9 ct., a u dzieci 25·6 ct. Leki wraz z potrzebami sanitarnemi kosztowały dziennie średnio u chorych 4·4 ct.; u położnic 4·7 ct., u obłąkanych 2·4 ct., a u dzieci 3·6 centa.

Ruch podrzutków i koszta ich utrzymania. W roku 1885 utrzymywano na rachunek naszego funduszu krajowego 186 podrzutków kosztem 9.624 złr. w. a. W szczególności we Lwowie 22 dzieci kosztem 664 złr., w Krakowie 9 dzieci kosztem 102 złr., w Pradze 9 dzieci kosztem 398 złr., w Bernie 2 dzieci kosztem 69 złr. i w Wiedniu 144 dzieci kosztem 8.391 złr.

Ryczałt roczny za leczenie dzieci w szpitalu św. Zofii we Lwowie i św. Ludwika w Krakowie. Przy uchwaleniu budżetu lwowskiego szpitala powszechnego na r. 1886 powziął Wys. Sejm na posiedzeniu z dnia 22 stycznia 1886 następującą uchwałę:

„Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby zmodyfikował istniejącą dziś umowę ze szpitalem św. Zofii w tym kierunku, iżby fundusz krajowy przyczyniał się do kosztów utrzymania szpitala św. Zofii ryczałtem w kwocie 12.000 złr. w zamian za obowiązek przyjmowania dzieci słabych, przez zarząd krajowego szpitala powszechnego wskazanych“.

Taką samą uchwałę powziął Wys. Sejm co do szpitala św. Ludwika w Krakowie i wyznaczył również roczny ryczałt 12.000 złr. za leczenie dzieci wskazanych przez zarząd szpitala św. Łazarza. (C. d. n.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 24,6. Z błonicy i dławca umarło 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku krztuśca, 1 płonicy. W tygodniu od 5—11 umarło z ospy: w Warszawie i w Wiedniu po 1; w Budapeszcie 44, w Rzymie 14, w Pradze, Wenecyi i Odesie po 1; w Paryżu 2, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 10, w Hamburgu 15, w Paryżu 31, w Londynie 16. Z odry umarło: w Berlinie 9, we Wrocławiu i Hamburgu po 7, w Paryżu 40, w Londynie 87, w Petersburgu 8. Z płonicy umarło w Kolonii 12, w Budapeszcie 13, w Chrystyjanii 8, w Londynie 16, w Odesie 18, w Petersburgu 13 Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 36, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 16, w Hamburgu 15, w Mnichowie 10, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 21, w Pradze 11, w Paryżu 38, w Londynie 25, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło w Londynie 19, w Kopenhadze 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 20,1; we Lwowie 29,4; w Brodach 38,1; w Drohobyczu 49,4; w Kołomyi 26,3; w Przemyślu 24,9; w Stanisławowie 37,9; w Tarnopolu 27,4; w Tarnowie 44,8; w Czerniowcach 31,3; w Warszawie 24,2; w Poznaniu 24,4; w Wiedniu 23,7; w Salcburgu 37,0; w Gracu 28,9; w Tryjeście 34,0; w Insbruku 14,1; w Pradze 31,5; w Ołomuńcu 16,2; w Berlinie 24,6; we Wrocławiu 27,4; w Gdańsku 27,6, w Dreźnie 26,2; w Hamburgu 34,5; w Kolonii 21,9; w Lipsku 20,8; w Mnichowie 34,5; w Strasburgu 22,8; w Amsterdamie 21,1; w Bazylei 14,7; w Brukseli 20,8; w Budapeszcie 34,7; w Chrystyjanii 25,8; w Genewie 21,6; w Kopenhadze 20,7; w Londynie 21,8; w Odesie 34,3; w Paryżu 24,7; w Petersburgu 24,9; w Rzymie 23,0; w Stokholmie 16,0; w Wenecyi 29,0; w Zurychu 16,0.

IX. Wiadomości bieżące

Kraków d. 6 stycznia. W ubiegłym roku śmierć obfite zebrała żniwo w pośród mężów poświęcających się naukom lekarskim. Higijena najdotkliwsze poniosła straty, straciwszy mężów, którzy naukę tę na dzisiejsze jéj stanowisko wznieść dopomogli, takich jak prof. Bouchardat, Varrentrapp i pięknie rokujący nadzieje proff. Zuber i Nowak. Prócz nich zmarli fizycy miejscy Boner, Chamisso, Hesky ref. spraw lek. Fradeneck, Tedesco, radca lek. Frank. Wielkie także straty poniosła chirurgija, zmarli bowiem Forster, Woroncowski, Gamgee, Hinkeldey, Falkson, Maas, Frank, Hamilton, Schattauer, Margary. Okulistyka straciła Streatfielda, White Coopera, Froebeliusa. Otyjatryja Burhardta Meriana. Pedyjatryja Fantego, Leviego, Kaulicha. Psychijatryja Le grand du Saulla, Guddena, Madera, Ingelsa. Medycyna sądowa Zillnera. Anatomija patologiczna Estera, Mationa, Grohego. Balneologija Schotta. Fizyjologija Berta, Luchsingera. Ginekologija Courtego. Farmakologija Barneta, Wiganda, Farrego, Dyce Dawidsona. Anatomija opisowa Moniera, Gierkego. Syfilidologija Auspitza. Chemija Linemana. Fizyka Berta. Weterynaryja Roloffa, Zlamala. Klinicyści utracili: Guerina, Lequima, Guttbroda. Z wydawców lekarskich zmarli Wackley i Raumann a z pośród lekarzy wojskowych Besnard, Lewis, Frisch, Bernstein, Michaelis, Dietrich, Drasch. Świat lekarski polski utracił dobrze krajowi i nauce zasłużonego Mateckiego oraz Andersa, Jentysa, Kronenberga, Schattauera, Rosnera i wielu innych. Cześć niechaj będzie ich pamięci!

* Przez dzień 31 grudnia r. z. bawił w naszém mieście Dr. Waldeyer zasłużony na polu anatomii profesor uniwersytetu berlińskiego, który przybył tu w celu odwiedzenia swego pierwszego w anatomii nauczyciela prof. Teichmanna.

* Z Dorpatu piszą nam pod d. 29 grudnia: Prof. Dehio w dniu dzisiejszym otrzymał zatwierdzenie ministra na posadzie profesora nadzwyczajnego i dyrektora polikliniki oraz katedry teoretycznéj patologii i terapii szczegółowéj. Tym sposobem Wydział lekarski w walce z Radą uniwersytecką poniósł porażkę zupełną. Spodziewano się, że Minister poleci wykładać Drowi Dehio po rosyjsku i że pod tym warunkiem jedynie zatwierdzi

go, dotąd jednak warunku tego nie położono i niebawem rozpocznie on wykłady po niemiecku. Tutejsza t. zw. zagraniczna partyja (t. j. złożona z Niemców a nie Bałtów) forytująca, jak wiadomo, Schultzego, ogromnie tém zmartwiona, za to partyja Bałtycka święci ile może jeden z niebardzo licznych swoich tryumfów.

* **Lwów.** Z Towarzystwa lekarskiego. Zamiast rozsyłać bilety z życzeniami nowego roku, które tém ogłoszeniem kolegom i znajomym przesyłają, złożyli na fundusz wdów i sierot po lekarzach do kasy Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Drowie Strojnowski, Fuchs, Ziembicki syn, Krówczyński, Majewski po 5 złr.; Czyżewicz, Mahl po 3 złr. Lateiner, Tatarczuch, Pawlikowski, Bylicki, Merunowicz po 2 złr.; Edw. Sawicki, Sztembarth, Lebedowicz, Różański, Widman, Elektorowicz, Smitowski, Merczyński, Schramm, Biesiadecki, Dębicki po 1 złr., Dr. Jana 1 los Bazylika.

* **Wiedeń.** Z dniem 1 stycznia rozpoczęły tu wychodzić dwa nowe pisma lekarskie. Tygodnik: *Internationale klinische Rundschau*, którego redaktorem odpowiedzialnym i wydawcą będzie Dr. Bela Weiss a współredaktorem Dr. A. Schnitzler, którzy obaj występują z redakcyi *Wien. med. Presse*. Wydawnictwo drugie *Klinische Zeit- u. Streitfragen* wychodzić będzie w luźnych zeszytach pod redakcyją Dra Jana Schnitzlera.

* **Peszt.** Dobroczynne skutki niedawno w armii austryjacko-węgierskiéj zaprowadzonego przymusu szczepienia okazują się bardzo wybitnie w Peszcie. Od kilku miesięcy panuje tam gwałtowna epidemija ospy: według ostatnich wykazów w szpitalu ospowym znajduje się 350 chorych na ospę i codzień zdarza się po 30—40 przypadków zapadnięcia, mimo to z całéj załogi peszteńskiéj nie zapadł dotąd ani jeden żołnierz na ospę. Od 1 stycznia do 1 grudnia 1886 przyjęto do szpitala 2144 chorych na ospę, z których 1146 wyszło wyleczonych, 659 zmarło a 339 pozostało w leczeniu. Z liczby 1146 uleczonych i 659 zmarłych było 1073 szczepionych a 732 nieszczepionych. Z pośród szczepionych zmarło 195 (18%), a z pośród nieszczepionych 464 (63%).

W węgierskiéj Izbie wyższéj pewien biskup poruszył sprawę upaństwowienia służby zdrowia motywując interpelacyję odnośną do ministra spraw wewnętrznych tém, że stolica chociaż należy do miast zdrowych, przecież co do śmiertelności wykazuje najniekorzystniejsze stosunki.

Celem ochrony od t. zw. egipskiego zapalenia oczu, które się szerzy w groźny sposób w Węgrzech, wydał minister okólnik nakazujący wszystkim lekarzom odtąd natychmiast donosić o każdym leczonym przypadku téj choroby.

Cholerę uważać tu wypada za wygasłą. Według wykazu statystycznego ogółem zapadło na cholerę azyjatycką 966 osób, z pośród których umarło 499 = 51·6%. Na *Cholera nostras* zapadło 98, zmarło 46 = 46·9% a na cholerynę zachorowało 265 osób, a zmarło 41 = 15·4%. Najwięcéj chorych dostarczyły dzielnice zaopatrzone przeważnie wodą niefiltrowaną. Zapadło prawie 2 razy tyle mężczyzn co kobiet a i śmiertelność była wśród tych ostatnich mniejszą, gdy usposobienie do zapadnięcia było najmniejsze w wieku dziecięcym.

* **Berlin.** W bieżącém półroczu liczy Uniwersytet berliński 5357 uczniów, między nimi jest 1297 uczniów Wydziału lekarskiego.

* **Paryż.** D. 1 Maja 1877 otwartą tu zostanie wystawa przedmiotów mających związek z higijeną wieku dziecięcego, znajdą na niéj pomieszczenie wszelkie przedmioty odnoszące się do higijeny i wychowania dzieci do lat 12.

* **Londyn.** *British medical Association* odbędzie swój doroczny Zjazd w sierpniu 1887 r. w Dublinie.

* **Petersburg.** Akademija lekarska odpowiedziała twierdząco na zapytanie Ministerstwa oświaty, czy dyplomy kobiet mają mieć toż samo znaczenie co dyplomy mężczyzn, a to 19 głosami przeciw 3.

* **Barcelona.** Zarząd miasta ma utworzyć laboratoryjum bakteryjologiczne i poruczyć jego kierunek znanemu z powodu swych szczepień cholery Drowi Ferranowi.

* **Wiadomości uniwersyteckie Dorpat.** Dr. Rudolf Kobert, nadw. prof. farmakologii, dyjetetyki i historyi med. został prof. zwyczajnym. Prof. chemii Dr. Karol Schmidt został zatwierdzony profesorem na dalsze 5 lat. — **Kijów.** Prof. terapii szczegółowéj Mering został potwierdzony na dalsze 5 lat. — **Berlin.** Dr. Oppenheim asystent oddziału dla chorych nerwowych odbył wykład habilitacyjny: „o wpływie przestrachu na układ nerwowy“. — **Paryż.** Prof. Payot podał się do dymisyi. — **Królewiec.** Prof. Madelung nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry.

* **Wiadomości osobowe.** Powiatowe stowarzyszenie lekarskie w Marburgu obrało Radcę zdrowia dyrektora Gaustera członkiem honorowym w uczczeniu rozlicznych zasług, jakie położył będąc przewodniczącym Wydziału Związku Towarzystw lekarskich austryjackich, jakotéż na polu nauk lekarskich w ogóle.

* **Nekrologija.** W Meranie zmarł Dr. Putz. W Baden-Baden radca dworu Dr. Baumgartner w wieku 88 lat, od 1824 do 1862 był profesorem i dyrektorem kliniki lek. w Fryburgu. W Zurychu znany oftalmolog prof. Horner. W Wiedniu Dr. Teodor Oppolzer. W Leodyjum Dr. Thomas, prof. akuszeryi. W Nicei Dr. Hipolit Przeździecki, lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 12: Pacanowskiego: Nerwice żołądka (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Gabszewicza: Kostniak mięsakowaty ośrodkowy goleni prawéj *(Osteo-sarcoma centrale tibiae dextrae)*; Przedborskiego: Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałemi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. Kilka słów w kwestyi powstawania przebiegu rozpoznawania i leczenia samodzielnéj histeryi krtani (dok.); Sokołowskiego: Parę uwag nad charaeterem epidemii tyfusu brzusznego panującego w Warszawie: w ciągu trzech lat ostatnich (1883—1885) (dok.). — Nr. 1: Hoyera: O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasorzytniczém pochodzeniu chorób zakaźnych; Dunina: Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującéj; Orłowskiego: Wycięcie śledziony (*Laparosplenectomia*); — W *Medycynie* Nr. 52: Jaworskiego: Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci; Grünbaum: Całkowite wyłuszczenie prawego dziesiątego żebra razem z wyrostkiem poprzecznym i stawowym kręgu grzbietowego. — Nr. 1: Stankiewicza: Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego; Jaworskiego: Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 b. m. o godzinie 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém urzędnicy i komisyje stałe Towarzystwa lekarskiego sprawę zdadzą z czynności całorocznych.

Sprostowanie. W N. 1 w artykule D. Krówczyńskiego str. 5. kol 1 wiersz 31 od dołu zam. „*Rumslead*“ winno być „*Bumstead*“ a zam. „*Lany*“ winno być „*Lang*“ kol. 2 wiersz 6 od końca artykułu po wyrazie „guzkowa,“ należy wypuścić wyraz „kiła.“

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1883 i 1884.

Dra Józefa REINSBERGA: Nauka o soudnim lékarstvi. III. O uskozeni na tele a násilné smrti. Oddil I v Praze 1886 8vo str. 171.

M. ZWEIGBAUM: Torbiel wielokomorowy jajnika prawego. Wycięcie guza. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj z r. 1886) in 8vo str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie. Forschungen über Cholerabakterien. Von Finkler u. Prior Mit 8 Holzschn. u. 7 col. Taf. 8. Bonn, Strauss. M. 8.

FLÜCKIGER u. TSCHIRCH. Grundlage der Pharmacognosie. 2 Aufl. M. 186 Holzschn. 8. Berlin, Springer. M. 8.

KÖNIG FRZ. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 4 Aufl. II Bd. Mit 143 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Na posadę lekarza sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym w Jaśle z roczną płacą 300 złr. i wolném pomieszkaniem w budynku szpitalnym.

PP. Kompetenci wszech nauk lekarskich zechcą podania swe wnieść na ręce burmistrza w terminie do ostatniego Stycznia 1877.

Jasło dnia 3go Stycznia 1887.

Burmistrz
Metziger.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 15 Stycznia 1887. Nr. 3.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Zator tętnicy wieńcowéj serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

Prof. Dra Korczyńskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Jedyny przypadek rozpoznanego za życia zakrzepu tętnicy wieńcowéj serca, w literaturze opisany, jestto przypadek A. Hammera (*Wiener med. Wochenschrift* 1878 Nr. 5.), który przytaczam w streszczeniu:

Kupiec lat 34 liczący, dobrze zbudowany, używający nadmiernéj ilości piwa, doznawał od roku kilkakrotnych ale lekkich napadów gośćca stawowego, bez jakichkolwiek objawów wady zastawkowéj. Ostatni napad gośćca pojawił się przed 4 tygodniami; choroba wystąpiła ostro i zajęła kilka stawów. Jako ozdrowieniec po téj chorobie, okazując tętno 80 na minutę, wstał po raz pierwszy około godziny 12 w południe z łóżka i usiadł na krześle. W 1¼ godziny potem popadł nagle w zapad (collapsus). Dr. Wichmann przyszedłszy do chorego w pół godziny po tém zajściu, zastał tętno słabe w liczbie 40 na minutę, wargi blade i sinawe i mierną duszność. Chory nie uskarżał się wcale na jakiekolwiek bole. O godzinie 6 wieczór stan ten sam tylko tętno 13, a o godzinie 10 wieczór 16 na minutę.

Nazajutrz o godzinie 9 zrana stwierdził Hammer wspólnie z Wichmanem stan następujący: Chory leży z tułowiem podniesionym. Twarz i cała skóra blada, chłodna i pokryta lepkim potem. Oczy bystre, źrenice prawidłowe. Około warg lekki odcień sinawy. Błona śluzowa języka i jamy ust blada. Liczba oddechów 24 na minutę; oddech swobodny, kaszlu nie ma. Chory całkiem swobodny nie skarży się na bóle, a zachowaniem się, wyrazem twarzy i sposobem rozmowy czyni wrażenie, jakoby wcale nie miał poczucia groźnego stanu, w jakim się znajduje. — Stłumienie serca w prawidłowych rozmiarach. Wypuk płuc prawidłowy. Oddech pęcherzykowy; tu owdzie drobne rzężenia. Tętno uderza 8 razy na minutę w całkiem miarowych odstępach, tj. prawie co 8 sekund. Tak samo zachowuje się i uderzenie serca. Przy osłuchiwaniu serca stwierdzić można szczególne objawy przysłuchowe, które powtarzają się co 8 sekund w następującym porządku: najpierw słyszeć się daje ton skurczowy i rozkurczowy, wprawdzie słabe ale czyste, bez szmeru, — potem rodzaj drżenia (*Schwirren*), które trwa 5 sekund i kończy się nagle, poczem nastaje zupełna pauza trwająca 2 sekundy a po niéj słyszeć się daje znów ton skurczowy i rozkurczowy. Drżenie między tonami sercowemi a zupełną pauzą serca nazywa autor klonicznym kurczem serca i porównywa z drżeniem ręki człowieka, cierpiącego na znaczny stopień drżenia wyskokowego. Chory żył jeszcze godzin 19. — Autor rozpoznał zaczopowanie tętnicy wieńcowéj drogą wykluczenia.

Sekcyja wykazała wyrośle brodawkowate na zastawkach półksiężycowych aorty, które wraz ze zrośnięciem brzegu tylnéj zastawki, na przestrzeni 4 mm. z brzegami dwóch innych zastawek zwężały nieznacznie ujście tętnicze. Prawa zastawka półksiężycowa napięta i wypuklona skrzepem, który wypełniał całą zatokę Valsalwy. Warstwy powierzchowne tego skrzepu aż do odejścia tętnicy wieńcowéj przedstawiały się jako świeży skrzep włóknikowy, krwią zabarwiony; warstwy głębsze począwszy od odejścia tętnicy wieńcowéj były więcéj odbarwione i suche, a cechę tę okazywała osobliwie ta część skrzepu, która wypełniała samo dno zatoki Valsalwy. Z téjto najgłębszéj warstwy odchodziła nitka 2½ cm. długa, splątana ściśle ze skrzepem, która łączyła się z wyrośłą brodawkową, jaka wychodziła z przestrzeni między tylną a prawą zastawką półksiężycową. — Zresztą nie znaleziono na zastawkach, jak niemniéj w tętnicach wieńcowych żadnych zmian. Serce prawidłowego kształtu i prawidłowych rozmiarów, mocno skurczone (*prall gespannt*, jak się autor wyraża). Prawy przedsionek i prawa komórka wypełnione skrzepami krwi i licznemi skrzepami włóknika. Mięsień sercowy na przekroju blady, „z ledwie spostrzegalnym odcieniem brunatno-żółtym“.

Opisany przypadek dotyczy więc, ściśle biorąc, nie zakrzepu, któryby się wytworzył w saméj tętnicy wieńcowéj, lecz zatkania ujścia tętnicy wieńcowéj przez skrzep, który osadzał się warstwowo w zatoce Valsalwy naokoło zapalnych wyrośli brodawkowych. Niedrożność tętnicy wieńcowéj dla prądu krwi powiększać się musiała w miarę tego, o ile na starszych warstwach włóknikowych na dnie zatoki Valsalwy wytworzonych osadzały się świeże warstwy włóknika. Gdy skutkiem tego prąd krwi do tętnicy wieńcowéj coraz bardziéj się zmniejszał, przyszło już łatwiéj i zapewne w krótkim przeciągu czasu do wytworzenia się większego skrzepu świeżego, który zupełnie zatkał otwór prowadzący do tętnicy wieńcowéj i przerwał całkiem dopływ krwi do takowéj. — Przypadek ten byłby pod wieloma względami jeszcze bardziéj pouczający, gdyby podane były objawy, wśród których chory zakończył życie i gdyby zmiany w mię-

śniu sercowym przy badaniu pośmiertnem stwierdzone były dokładniéj opisane.

Przypadek zatoru tętnicy wieńcowéj spostrzegany w klinice lekarskiéj krak. według historyi choroby i moich własnych notatek opiewa w streszczeniu, z opuszczeniem szczegółów bezpośrednio rzeczy niedotyczących, jak następuje:

Niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty i zwężenie ujścia tętniczego lewego skutkiem zmian wywolanych przez zapalenie śród sierdzia. Niedokształcenie tętnic. Zapalenie wypocinowe surowicze opłucny lewéj. Zator tętnicy wieńcowéj prawdopodobnie lewéj. (*Insufficientia valv. semil. aortae c. stenosi ostii aortae et endocarditide. Aplasia arteriarum. Pleuritis serosa sin. Embolia arteriae coron. cordis probab. sin.*).

Agnieszka Papiernicka, lat 38 licząca, wieśniaczka, zamężna. Pochodzi z rodziny zdrowéj. Nie przebywała nigdy żadnéj choroby obłożnéj. Rodziła raz jeden, a ciąża, poród i połóg były prawidłowe. Przed 6 laty uderzona została dyszlem w przednią część klatki piersiowéj, skutkiem czego wkrótce pojawiło się bicie serca, które jednakże występowalo tylko przy nasilonéj pracy lub przy szybszém chodzeniu i po dwumiesięczném trwaniu miało ustąpić doszczętnie. Przez następne 5 lat miała być zupełnie zdrową i mogła oddawać się ciężkiéj pracy, tak koło roli, jakoteż koło gospodarstwa domowego. — Obecna jéj choroba rozpoczęła się przed rokiem, a mianowicie spostrzegła, że przy chodzeniu pod górę lub wśród cięższéj pracy doznaje bicia serca, które połączone bywa z dusznością i bólem w dołku podsercowym. Zrazu wypoczęcie przez krótką chwilę usuwało te przypadłości, późniéj trwały one dłużéj, a gdy się pojawiły, chora zmuszoną była przez pół godziny, a niekiedy i dłużéj, zachować się spokojnie. Nie czując się zresztą chorą zajmowała się bez przerwy gospodarstwem domowém, lecz unikała wszelkiéj cięższéj pracy, aby nie wywoływać napadów bicia serca. — W styczniu 1883 roku poczęła kaszleć; kaszel ten wzmógł się wkrótce do tego stopnia, że dokuczał choréj tak w dzień jakoteż w nocy, przyczém odkrztuszała plwociny gęste i lepkie. Po kilku tygodniach spostrzegła w plwocinach krew, a prawie równocześnie z tém poczęła doznawać kłócia w prawéj połowie klatki piersiowéj. Przypady te wkrótce minęły, ale odtąd napady bicia serca stawały się częstsze, a co ważniejsza, podczas takich napadów obok dawniejszych objawów (duszności i bolów w dołku podsercowym), poczęła uczuwać zawrót głowy, ćmienie przed oczami, ogólne osłabienie, tak że w czasie napadu, nie tracąc wcale przytomności, zaledwie mówić mogła. Skutkiem tego zmniejszyć musiała znacznie zakres swego zajęcia domowego. Przed 6 tygodniami dołączył się do tego brak łaknienia, zwiększone pragnienie, krótszy oddech i bóle w żywocie osobliwie przy oddawaniu stolca. Czy w tym czasie gorączkowała, powiedzieć nie umie. Teto ostatnie przypadłości zniewoliły chorą udać się do kliniki lek., gdzie w dniu 11 Czerwca 1883 przyjętą została.

Badanie wykonane nazajutrz wykazało stan obecny, z którego wyjmuję najważniejsze szczegóły: Wzrost mierny, kościec słabo rozwinięty, ręce i stopy małe, skóra blada, mięśnie wiotkie, zato podściółka tłuszczowa dosyć dobrze rozwinięta. Chora robi wrażenie osoby starszéj, aniżeli podała, jak to zresztą u naszych wieśniaczek ciężko pracujących dość często się przydarza. Ciepłota wieczór 38·6 rano 38° C. Tętno w. 100, r. 96. Wszystkie tętnice dostępne badaniu wąskie i to węższe stosunkowo na odnogach dolnych aniżeli górnych. Fala tętna średnia, tętno dosyć szybkie, miernie twarde. Nigdzie zmian miażdzycowych. Oddech miernie nasilony, 36 na minutę. Żyły szyjne nieznacznie rozszerzone, nie okazują ani tętnienia ani falowania, a przy głębokim wdechu zapadają się dostatecznie. Żadnéj sinicy, żadnych obrzęków w tkance podskórnéj nie stwierdzono. — Chora żali się na ból w dołku podsercowym, w krzyżach i w obudwu podżebrzach, na brak łaknienia, zaparcie stolca, ogólne osłabienie i na duszność stałą, która zmusza ją do leżenia z podniesionym tułowiem i do unikania wszelkich ruchów, gdyż takowe duszność tę potęgują.

Badanie płuc wykazało: Dolne granice płuca prawego nieruchome. Szmery oddechowe tamże prawidłowe. Lewa połowa klatki piersiowéj mniéj ruchoma, dolne przestwory międzyżebrowe oporniejsze i przy ucisku bolesne; tamże stłumienie odgłosu i osłabienie szmerów oddechowych w położeniu siedzącém od dolnego kąta łopatki, któreto stłumienie jednak przy zmianie położenia ustępuje miejsca odgłosowi jawnemu. Kaszel bardzo nieznaczny. Plwocin nie ma żadnych.

Uderzenie końca serca w 5 przestworze międzyżebrowym 4 cm. na zewnątrz od linii sutkowéj, miernie oporne. Stłumienie serca w wymiarze osiowym powiększone, w poprzek zaś przekracza ono linię przymostkową lewą, nie dochodząc do linii środkowéj. Nad aortą szmer skurczowy i rozkurczowy szorstki, ten ostatni rozciąga się aż do uderzenia końca serca, zastępując tu ton rozkurczowy. Inne tony prawidłowe. Nad tętnicami dogłowowemi słaby pierwszy ton, drugi szmer.

Wątroba powiększona, brzeg jéj tępy, bolesny. Śledziona macalna; brzeg okrągły miernie zbity i bolesny. W jamie brzusznéj płynu wykazać nie można. Mocz w ilości 1000 cm. o c. g. 1.032; białka nie ma, chlorki zmniejszone.

Rozpoznanie choroby głownéj nie nastręczało trudności: Przerost lewéj komórki, szmer rozkurczowy nad aortą i nad tętnicami dogłowowemi obok tętna chybkiego odpowiadały niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, szmer zaś skurczowy nad aortą obok tętna, miernie tylko twardego i o średniéj tylko fali, mimo obecności przerostu lewéj komórki odpowiadały zwężeniu ujścia tętniczego lewego. Wązkość tętnic obok wątłéj budowy kośćca, wiotkich mięśni a dosyć dobrze rozwiniętéj tkanki tłuszczowéj, usprawiedliwiały rozpoznanie niedokształcenia układu tętniczego, któremu nie towarzyszyło niedokształcenie macicy.

Nieco trudniéj było zdać sobie sprawę z przyczyny wywołującéj wadę sercową i pojąć znaczenie wysięku w lewym worku opłucnowym. Co do pierwszego, to uwzględniając młody wiek choréj, krótkie trwanie choroby i aplazyję układu tętniczego, która usposabia do spraw zapalnych przeważnie w ujściu tętniczém lewém, rozpoznano jako przyczynę wady zastawkowéj zapalenie śródsierdzia i sądzono, że zapalenie to jest albo przyostre, alboteż co rychléj, że jest to zaostrzenie dawniejszéj sprawy zapalnéj, za czém zdawał się przemawiać dotychczasowy przebieg choroby i bolesność brzegu śledziony, którą daleko łatwiéj można było wytłumaczyć świeżemi zawałami krwawemi aniżeli przekrwieniem biernêm. Wypocinę w opłucnéj lewéj, mimo ruchomości takowéj przy zmianie położenia, rozpoznano jako wysięk zapalny, a nie jako przesączynę surowiczą (*hydrothorax*), któraby dla tego wytworzyła się tylko po stronie lewéj, że po stronie prawéj znajdowały się zrosty opłucnowe, a uczynio-

no to z powodu, że nigdzie nie znaleziono innych wysięków surowiczych i że dolne przestwory międzyżebrowe były oporniejsze i bolesne. Temu przypuszczeniu odpowiadało także zmniejszenie chlorków w moczu. — Czy stan gorączkowy pochodzi przeważnie od zapalenia śródsierdzia, czy też od zapalenia opłucny, tego rozstrzygnąć nie umiano.

Obok bezwzględnego spokoju i dyjety płynnéj posilnéj zalecono bańki suche na lewą połowę klatki piersiowéj i napar naparstnicy (1:200) z dodatkiem 2 gm. eteru octowego.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic uwagi godnego. Przez całe 8 dni pobytu w klinice powyższy obraz chorobowy nie uległ żadnéj zmianie ważniejszéj, któraby się dała stwierdzić badaniem przedmiotowém. Ciepłota, tętno i liczba oddechów zachowały się przez ten czas jak następuje:

Data		Ciepł.	Tętno	L. odd.
12/6	w.	38·1	96	36
13/6	r.	38.2	100	38
	w.	38·7	102	38
14/6	r.	37·8	100	36
	w.	38	102	42
15/6	r.	37·2	92	38
	w.	37·4	88	40
16/6	r.	37·7	92	36
	w.	37·8	88	38
17/6	r.	37·8	96	38
	w.	38	98	38
18/9	r.	37·4	100	36
	w.	37·6	102	40
19/6	r.	37·6	100	38
	w.	37·8	104	38
20/6	r.	37·2	96	40

Bicie serca pojawiło się przez ten czas kilka razy. Duszność utrzymywała się stale prawie w jednakiém nasileniu. Napadowéj duszności, dusznicy lub stenokardyi nie było wcale. (D. n.)

II. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt.

Podał

Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent Inst. Farmakologicznego Uniwersytetu i Doc. Inst. Weteryn. w Dorpacie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Oto droga i środki, jakich użyłem, aby w tym kierunku o krok się naprzód posunąć.

Ponieważ chodziło o przekonanie się, czy się żelazo preparatów rzeczywiście przez ściany kiszek, jak chce szkoła strasburska, czy też przez wątrobę, resp. przez żółć, czy wreszcie i tą i tamtą drogą jednocześnie wydziela, postanowiłem po zastrzyknięciu żelaza do krwi szukać jego nadmiaru we wszystkich tkankach i narządach, gdzie tylko można było przypuszczać, że tam się bądź wszystko, bądź w części przynajmniéj znaleźć może. Użyłem w tym celu dwóch królików z jednego i tego samego pomiotu, jednéj i téj saméj barwy i płci i mniéj więcéj jednéj i téj saméj wagi ciała. Króliki te od czasu ich przyjścia na świat w ciągu dwóch miesięcy i pół hodowałem w zupełnie jednakowych warunkach, bez wszelkiego sztucznego zetknięcia z żelazem, karmiłem je tak pod względem jakości jak i ilości w zupełnie jednakowy sposób owsem i poilem wodą wolną od żelaza.

Zanim przystąpiłem do wykonania doświadczenia, poddałem poprzednio oba zwierzęta czterodniowemu głodzeniu, podając im jedynie wyż wzmiankowaną wodę dla sprowadzenia obiegu żelaza w ustroju na możliwie jednakowy poziom. Czwartego dnia króliki bardzo już były osłabione; jednemu z nich wstrzyknąłem do *v. jugularis* 3cm.sz. *Ferri natriotartarici*, którego zalety do wewnątrznaczyniowych zastrzykiwań ocenili już należycie H. Meyer i Fr. Williams. Przygotowany przezemnie preparat oddziaływał obojętnie, a 1 cm. sz. jego roztworu zawierał 0,0032Fe. Do organizmu zwierzęcia wprowadziłem tym sposobem 0,0096Fe. W ciągu 3ch godzin od chwili zastrzyknięcia objawów ostrego zatrucia żelazem zauważyć nie mogłem (królik ważył 450grm.); upuściłem tedy przez otworzenie jednéj z *art. carotis* tyle krwi zwierzęciu, ile się tylko dało, rozprułem następnie szybko ściankę jamy brzucha i w górną część zstępującéj gałęzi aorty wprowadziłem i podwiązałem kaniulę; podobną kaniulę umocowałem także i w tuż obok przebiegającéj *v. cava asc.* Tak przygotowane zwierzę, ciepłe jeszcze i z drgającém, choć słabo, sercem, położyłem do szczelnie zamkniętéj skrzynki aparatu, służącego do sztucznego przepuszczania krwi przez organy i do przepłukiwania naczyń organów. W skrzynce téj stale utrzymywaną była ciepłota 38°C. Sam aparat, używany już niejednokrotnie w naszym instytucie i zrobiony na wzór aparatu strasburskiego instytutu farmakologicznego, opisany świeżo został przez Sohrta (*Pharmacotherapeutische Studien über das Hyoscin.* Diss. Dorpat, 1886) i przez Thomsona (*Uiber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch pharmacologische Agentien.* Diss. Dorpat, 1886); pomijam więc na tém miejscu wszelkie szczegóły co do jego konstrukcyi i użycia. Ograniczam się tylko do wzmianki, że dzięki temu aparatowi przy stałém ciśnieniu 120mm. słupa rtęci byłem w stanie przepłukać zupełnie przez aortę całą tylną połowę królika wraz ze wszystkiemi organami, zawartemi w jamie brzusznéj. Użyłem w tym celu już poprzednio przezemnie śród przepłukiwania wątroby wypróbowanego 2,5% roztworu cukru trzcinowego, który dostawał się przez aortę, a wypływał przez *v. cava* na zewnątrz. Że przepłukanie naczyń było kompletne, upewnił mnie o tém nietylko brak wszelkiego zabarwienia mięśni, organów i wylewającego się z *ven. cava* płynu, lecz nadto i osobne mikroskopowe, spektralno-analityczne i chemiczne badania, dzięki którym nie byłem w stanie wykryć w tych organach, mięśniach i płynie ani krążków krwi, ani też produktów ich rozkładu.

W zupełnie podobny sposób, t. j. przez upust krwi, wprowadzenie kanek do aorty i do *v. cava* itd., przepłukałem zupełnie organy jamy brzusznéj i w ogóle całą tylną część drugiego królika, któremu wcale poprzednio nie zastrzykiwałem żelaza. Przypuszczałem, że jeżeli żelazo przez jakikolwiek organ rzeczywiście się w większych ilościach ma wydzielać, to w takim razie pewien jego nadmiar okaże się w tych organach u zwierzęcia, któremu zastrzyknąłem żelazo, w porównaniu ze zwierzęciem, które żelaza nie otrzymało. Dla porównawczych tych rozbiorów wziąłem z każdego zwierzęcia wątrobę, nerki i kanał pokarmowy, przyczém oddzielnie postanowiłem zbadać żołądek, oddzielnie kiszki cienkie i oddzielnie grube. Metody, jakie zastosowałem do spopielania organów i do oznaczania suchéj istoty, były te same co i poprzednio przezemnie użyte. Przy ilościowém oznaczaniu żelaza musiałem się ograniczyć jedynie do miareczkowania,

ponieważ chodziło o ilości zbyt małe, aby je można było przez ważenie choćby tylko kontrolować. Titr kameleonu brany był bardzo niski, kontrolowany często i oznaczany zawsze dla metalicznego żelaza. Zastósowane odczynniki zawsze były wolne od żelaza. Wyniki dokonanych w tych warunkach rozbiorów są następujące:

Królik głodzony bez wstrzyknięcia Fe.

1. *Żołądek.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 12,7471 grm.
Strata po wysuszeniu 11,9511 „
Zatém suchéj istoty 0,7960 „ czyli 6,02%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 12,7471grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,0006grm.Fe
Titr kameleonu: 0,000473
Zużyto „ : 1,35cm.sz.
Zatém w świeżéj istocie 0,0050% Fe
„ „ suchéj „ 0,0830 „ „

2. *Kiszki cienkie.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 8,8041 grm.
Strata po wysuszeniu 8,2838 „
zatém suchéj istoty 0,5203 „ czyli 5,88%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 8,8041 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00085 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000437
Zużyto „ : 1,82cm. sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0096% Fe.
„ „ suchéj „ 0,1632 „ „

3. *Kiszki grube.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 15,4589 grm.
Strata po wysuszeniu 14,5141 „
zatém suchéj istoty 0,9475 „ czyli 6,13%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 15,4589 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00085
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,87cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0058% Fe.
„ „ suchéj „ 0,0946 „ „

4. *Wątroba.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 7,2198 grm.
Strata po wysuszeniu 6,5037 „
zatém suchéj istoty 0,7161 „ czyli 9,92%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 7,2198 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,0007 „ Fe.
Titr kameleonu: 0,000475
Zużyto „ : 1,50cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0099% Fe.
„ „ suchéj „ 0,0998 „ „

5. *Nerki.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,7086 grm.
Strata po wysuszeniu 5,0383 „
zatém suchéj istoty 0,6703 „ czyli 11,74%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 5,7086 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,0010 „ Fe.
Titr kameleonu: 0,000475
Zużyto „ : 2,10cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0175% Fe.
„ „ suchéj „ 0,1490 „ „

Królik głodzony po wstrzyknięciu Fe.

1. *Żołądek.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 12,2305 grm.
Strata po wysuszeniu 11,2480 „
zatém suchéj istoty 0,9825 „ czyli 7,21%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 12,2305 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,0006 „ Fe.
Titr kameleonu: 0,000473
Zużyto „ : 1,30cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0050% Fe.
„ „ suchéj „ 0,0693 „ „

2. *Kiszki cienkie.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 8,8141 grm.
Strata po wysuszeniu 8,2707 „
zatém suchéj istoty 0,5434 „ czyli 6,16%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 8,141 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00092 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000473
Zużyto „ : 1,95cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0104% Fe.
„ „ suchéj „ 0,1688 „ „

3. *Kiszki grube.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 12,2295 grm.
Strata po wysuszeniu 11,1230 „
zatém suchéj istoty 1,1065 „ czyli 9,04%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 12,2295 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00109
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 2,40cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0088% Fe.
„ „ suchéj „ 0,0972 „ „

4. *Wątroba.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 8,2230 grm.
Strata po wysuszeniu 7,4930 „
zatém suchéj istoty 0,7300 „ czyli 8,88%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 8,2230 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,0012 grm.Fe
Titr kameleonu: 0,000475
Zużyto „ : 2,65cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0153% Fe.
„ „ suchéj „ 0,1723 „ „

5. *Nerki.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 6,2018 grm.
Strata po wysuszeniu 5,5560 „
zatém suchéj istoty 0,6458 „ czyli 10,41%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono:	6,2018 grm.
Wolumetrycznie otrzymano:	0,0010 „ Fe.
Titr kameleonu:	0,000475
Zużyto „ :	2,25cm.sz.

zatém w świeżéj istocie 0,0172%Fe

„ „ suchéj „ 0,1652 „ „

(Dokończenie nastąpi).

III. Jaglica w wojsku i środki zaradcze.

Podał

Dr. Józef Talko.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1):

Gdy sprawa jaglicy jest dziś żywotną, a dotknięci tą chorobą prawie wyłącznie zapełniają wojskowe zakłady lecznicze (z innemi postaciami chorób ocznych znajdzie się w nich b. mało) i wielu z nich traci wzrok lub doznaje jego upośledzenia w skutek blizn spojówki, owrzodzeń i zaćmień rogówki, — nie więc dziwnego, iż cała nasza uwaga zwróconą była: 1) na możliwe zmniejszenie liczby dotkniętych jaglicą i 2) doprowadzenie do minimum chorób ocznych zapalnych, w których zaostrzenie jaglicy odgrywa główną rolę.

Nie dotykając sprawy środków zaradczych, chroniących od rozwoju w wojsku chorób ocznych w ogóle, wymieniam tylko środki zalecane w oddziałach wojsk, w których znajduje się znaczna liczba dotkniętych jaglicą.

1) Lekarz starszy powinien obejrzeć wszystkich żołnierzy, a dotkniętych jaglicą ziarnistą lub brodawkującą wciągnąć do imiennych spisów dla kontroli.

2) Wszystkich takich chorych odosobnić i miéć w obserwacyi lekarskiéj.

3) U zdrowych oglądać oczy raz na tydzień, u dotkniętych zaś jaglicą — codziennie.

4) Odosobnieni nie powinni sypiać jeden obok drugiego, na t. z. „narach,“ lecz na osobnych łóżkach, gdyż stopień choroby u każdego osobnika bywa rozmaity, a więc i różne niebezpieczeństwo udzielania się choroby.

5) Mieszkania chorych powinny być starannie wietrzone.

6) Pościel i ubranie ludzi zdrowych przetrzepywać raz na tydzień, chorych — codziennie.

7) W mieszkaniach zajętych przez żołnierzy zdrowych i chorych na oczy powinna się znajdować dostateczna liczba umywalni z odpowiednią ilością kranów. Do mycia używać wody czystéj, jeżeli można — źródlanéj, do któréj dla chorych jaglicowych należy dodawać 1—2% kwasu borowego lub siarkanu cynku. Dozwala się też używania szklanych wanienek do przemywania ócz chorych na jaglicę. Wedle możności dawać mydło do mycia rąk żołnierzy, którzy — jak wiadomo — nie grzeszą zbytnią ich czystością.

8) Mieszkania żołnierzy, szczególnie cierpiących na jaglicę, powinny być obszerne (nie mniej niż 1½ sążnia sześciennego powietrza na osobę), suche i ciepłe. W zimie, tam gdzie są kominki, dla wentylacyi palić i w nocy.

9) Ręczniki rozdać wszystkim żołnierzom. Surowo zabrania się używania ręczników nie swoich, szczególnie zaś żołnierzy dotkniętych jaglicą, jakotéż obcierania oczu rękawami szynelów.

10) Podczas zimy chorzy na jaglicę chodzą do łaźn osobno. W lecie kąpią się 2 razy tygodniowo.

11) Palenie fajek i papierosów w koszarach zabrania się Lampy nie powinny kopcić.

12) W czasie obozowania latem, chorzy na oczy pomieszczają się przy swych oddziałach, w osobnych odznaczanych namiotach pod obserwacyją lekarską, rozlokowują się obszerniéj niżli zdrowi i powinni posiadać oddzielne umywalnie i ręczniki.

13) Ponieważ odbywanie warty z jednéj strony, a letnie służbowe zajęcia na piaszczystym gruncie, szczególnie w czasie wietrznym z drugiéj, wywołują przypływ krwi do ócz i zaostrzenie jaglicy, przeto należy chorych na jaglicę naznaczać na wartę co 6ty dzień, a w lecie zwalniać od zajęć służbowych w czasie dni wietrznych.

Lekarzom wzbraniane było stósowanie środków żrących (np. przypalanie kamieniem piekielnym lub sinym) w t. zw. suchéj jaglicy, dla uniknięcia jéj zostrzenia, które łatwo w niekorzystnych warunkach życia żołnierskiego powstaje.

Leczenie jaglicy było u nas wyczekujące i higijeniczne, lecz w razie najmniejszych objawów zapalnych szczególnie połączonych z obrzmieniem powiek i obfitą wydzieliną spojówki, usuwano chorego niezwłocznie z ocznéj resp. jaglicowéj komendy na kuracyję, w miarę stopnia choroby do „okołotka“, lazaretu lub szpitala.

Oglądanie oczu żołnierzy dokonywa się przez lekarzy systematycznie. Każdy oddział wojska ma imienne spisy dotkniętych jaglicą, zarządowi zaś okręgowemu przedstawia się miesięcznie raporty o liczbie i odsetce chorych na oczy wedle pewnego schematu. Ten ostatni ułożony został w warsz. wojskowym okręgowym zarządzie lekarskim. W raporcie tym podaje się liczbę chorych ocznych w każdéj części z osobna i nie tylko dotkniętych jaglicą, którzy stale muszą być pomieszczeni w osobnéj komendzie, ale także leczonych w lazaretach i szpitalach, a nadto nawet usposobionych do jaglicy (z przekrwieniem przewlekłém); ci ostatni zostają pod obserwacyją, mieszcząc się razem ze zdrowymi. Tablica ta, zdaniem mojém, dość jasno przedstawia liczbę chorych na oczy pewnéj części wojska. Użycia jéj dozwolił główny wojskowy zarząd lekarski, zanim będzie ustanowioną nowa forma sprawozdań, do opracowania których wezwane były zarządy okręgowe w roku zeszłym. Do dzisiejszego bowiem dnia wszystkie choroby oczne u żołnierzy musimy grupować w 2ch oddziałach: 1) zapalenie zwyczajne i 2) zapalenie ropne v. śluzotok. Nie wiele więc z tego naukowéj korzyści!

Drugą ważną kwestyją jest zupełne odosobnienie chorych jaglicowych, co stósownie do rozkazu powinno być „wedle możności“ przestrzegane w oddziałach wojskowych. Chociaż bowiem latem, w czasie obozowania, chorych ocznych umieszcza się w osobnych namiotach, daje się im osobne umywalnie, ręczniki itp., lecz przy koszarowém pomieszczeniu chorych odosobnienie to pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Ścisłe odosobnienie chorych jaglicowych miało dotąd miejsce tylko w niektórych pułkach, a mianowicie w tych, w których była znaczna ilość chorych ocznych, jak np. w leibgwardyi litewskim pułku piechoty, w półtawskim pułku piechoty i w dragońskim aleksandryjskim pułku; w innych zaś oddziałach wojsk chociaż chorzy oczni mieszczą się wprawdzie w oddzielnych pokojach, lecz nie są odosobnieni od zdrowych swych kolegów w ściślém tego słowa znaczeniu. Dotknięci jaglicą lokują się po większéj części w jednéj stronie pokoju, zdrowi zaś po drugiéj, lub też pierwszym naznacza się miejsce w kącie dużego pokoju, zamieszkalego

przez zdrowych żołnierzy roty lub szwadronu. Nakoniec w niektórych, na szczęście nielicznych. oddziałach wojsk, w skutek nieporozumienia władz wojskowych, jaglicowych wcale nie oddzielano, lecz po zwróceniu na to uwagi przez władzę lekarską i usunięciu nieporozumienia, oddzielenie przyprowadzoném zostało w końcu roku do skutku.

Jeżeli racyjonalny środek higijeniczny, oddzielanie jaglicowych od zdrowych, nie budzi zaufania u niektórych naczelników wojskowych, a lekarze podający do zarządu rzeczywistą liczbę chorych ocznych, potrzebujących odosobnienia, spotykają się nieraz z opozycyją władz wojskowych miejscowych, chcących wykazywać jak najmniéj chorych ocznych, to muszę przyznać, że są u nas i tacy naczelnicy, którzy uznają całą ważność tego środka. Nie mogę nie wymienić tu dowódzcy 15go aleksandryjskiego pułku dragonów (w Kaliszu), u którego są zapisani i odosobnieni wszyscy kawalerzyści chorzy na jaglicę, o czém przekonałem się osobiście. Głównie to zawdzięczać należy Drowi Bienieckiemu, któremu od zarządu przesłano podziękowanie za przykładnie urządzoną okulistyczną część w pułku. Muszę tu także wymienić i komendanta Nowogeorgiewskiéj twierdzy (Modlin), z którego inicyjatywy zbadałem oczy żołnierzy załogi téj twierdzy. Jaglicowych wydzielono z koszar i pomieszczono osobno w t. zw. „wieży gen. Denna“, pod obserwacyją Dra Langego, a następnie podczas lata przeprowadzono z nich 149ciu do sanitarnéj stacyi „Szczepiornia“, położonéj nad rzeką Wkrą, kilka wiorst od twierdzy.

W niektórych oddziałach wojsk, jeśli w skutek ciasnoty pomieszczenia ludzi, wzmagała się liczba przypadków zaostrzenia jaglicy, wyprowadzono chorych jaglicowych do sąsiednich wiosek, umieszczając ich w chatach lub stodołach, jak to np. miało miejsce w 28 połockim pułku piechoty (Kielce), 29 czernichowskim pułku piechoty (Góra Kalwaryja), 18téj dywizyi piechoty i in. Jaglicowi zaś z 3ciéj gwardyjskiéj dywizyi piechoty od 1 maja do 15 września (v. st.) pomieszczeni byli początkowo w barakach leczniczo-sanitarnéj stacyi na Bielanach pod Warszawą, a następnie w namiotach szpitalnych w lesie, tuż obok „Bielańskiéj lecz.-sanit. stacyi“. Nadzór nad temi ostatniemi powierzony był lekarzom W. Mikuckiemu i Langemu, pod kierownictwem okulisty okręgowego, który co tydzień przyjeżdżał na stacyję. Rezultat był bardzo widocznym: przypadki zaostrzenia się jaglicy w pułkach 3ciéj gward. dywizyi znacznie się zmniejszyły pod koniec roku, a sprawa jaglicowa u wielu chorych osłabła, u niektórych znikła zupełnie. (Dok. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Simmonds: Gruźlica narządu płciowego u mężczyzn

Na podstawie 60 przypadków obserwowanych w części już za życia, w części zaś dopiero na stole sekcyjnym, podaje autor szereg spostrzeżeń dotyczących zarówno anatomicznéj, jakoteż klinicznéj strony gruźlicy w narządzie płciowym męskim. Tak w jądrze, jakoteż w przyjądrzu i gruczole krokowym pierwotne usadowienie się gruzełków odnieść się daje do kanalików nasiennych i najbliższego ich otoczenia, podczas gdy tkanka śródmiąższowa, zrazu wolna od złogów gruźliczych, ulega w ustępstwie jedynie rozlanemu nacieczeniu. Z przyjądrza, w którém pospolicie szukać należy punktu wyjścia, szerzy się gruźlica z jednéj strony na jądro i pochewkę jądra, z drugiéj zaś strony przechodzi na powrózek nasienny, pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy, skąd wreszcie przenieść się może na narząd moczowy, zajmując zrazu cewkę moczową, a w dalszym ciągu pęcherz, moczowody i nerki. Tę drogę rozszerzania się sprawy gruźliczéj uważać należy za najczęstszą w przeciwieństwie do zapatrywania dawnego, że gruźlica w przypadkach zajęcia narządu moczopłciowego zstępuje z nerek do organów poniżéj położonych.

Pierwotna gruźlica narządu płciowego jest stosunkowo rzadką; zazwyczaj spotyka się obok cierpienia w narządzie rodnym, mniéj lub więcéj posunięte zmiany w płucach, częstokroć obok przerzutów gruźliczych w innych narządach. Z drugiéj strony gruźlica narządu płciowego nie rzadko daje powód do wybuchu ostréj gruźlicy prosówkowéj.

Przebieg choroby przedstawia się rozmaicie: Zazwyczaj przychodzi dość wcześnie do rozmiękczenia ognisk gruźliczych i przebicia się tychże na zewnątrz, skutkiem czego powstają przetoki mosznowe, które mogą się utrzymywać lata całe, sącząc mniejszą lub większą ilość wydzieliny rzadkiéj, ropiastéj. Jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że przez długotrwałe ropienie możebném jest całkowite opróżnienie się ognisk gruźliczych i wygojenie tém samém sprawy chorobowéj w jądrze, połączone zwykle z zanikiem tegoż, to jednak sprawa gruźlicza posuwa się daléj prawie bez wyjątku w tych nawet względnie najpomyślniejszych przypadkach i zajmuje zwolna powrózek nasienny, pęcherzyki, a nawet jądro drugie.

W innych razach obrzmienie przyjądrza utrzymuje się przez lat kilka w jednéj mierze; urazy wywołują chwilowo silniejszy obrzęk i bóle, które jednak znowu ustępują, aż wreszcie przychodzi i tu do zmian dalszych wyżéj opisanych.

W pewnéj zaś liczbie przypadków ostro rozwijająca się gruźlica przyjądrza sprowadza rychło rozległe spustoszenia w jądrze i przyjądrzu.

Z pomiędzy 60 obserwowanych przez autora przypadków największa liczba przypada na okres między 20 a 50 rokiem życia, chociaż gruźlica narządu płciowego nie oszczędza również wieku dziecięcego, ani wieku starczego. Przeważna część chorych była dziedzicznie obciążona gruźlicą (81%); procent 42·5% dotyczył zakażonych poprzednio zapaleniem rzeżączkowém cewki moczowéj, w nielicznych zaś przypadkach silny uraz części rodnych poprzedził wybuch cierpienia miejscowego.

Rozpoznanie gruźlicy w narządzie płciowym nie przedstawia pospolicie trudności, nawet w samym początku choroby. Wprawdzie cierpienie jądra uchyla się początkowo z pod rozpoznania, z powodu, że zmiany w wielkości i zbitości tego organu zwykły występować dopiero w późnych okresach schorzenia gruźliczego; jednak gruźlica jądra, bez poprzedniego zajęcia przyjądrza, które z łatwością wybadać się daje, należy do wyjątkowych prawie wydarzeń. Zachowanie się pęcherzyków nasiennych łatwo stwierdzić przy badaniu przez otwór stolcowy, przyczem wyczuć można, w razie jeśli one uległy schorzeniu, po bokach gruczołu krokowego, zbite kiełbasowate obrzęki. O dotknięciu sprawą gruźliczą gruczołu krokowego wnosić można z zajęcia narządu moczowego, tj. z zachowania się moczu, gdyż w samym gruczole nie występują zrazu wybitne zmiany co do kształtu jego i wielkości.

Rokowanie pod względem samoistnego wyleczenia, zwłaszcza u dorosłych, przedstawia się niepomyślnie: zazwyczaj posuwa się proces chorobowy w coraz to dalsze odcinki układu rodnego, a nadto grozi choremu w każdéj chwili nie-

bezpieczeństwo ogólnéj gruźlicy prosówkowéj. Lepszém bezwzględnie jest rokowanie u dzieci, gdzie często bez leczenia lub przy nieznacznych tylko zabiegach leczniczych następuje wygojenie.

Leczenie na drodze zabiegu operacyjnego przynosi pomyślny skutek jedynie w tych razach, gdzie choroba ogranicza się do przyjądrza i jądra, lub co najwyżéj początkowéj części powrózka nasiennego. Celem operacyi jest usunięcie doszczętne schorzałych części i dla tego słusznie mniema autor, że nie należy się uciekać do połowiczych środków, jako to do wyskrobania ostrą łyżeczką gruźliczych tkanek, lub częściowéj resekcyi jądra, ale do całkowitéj kastracyi jądra radzi przystąpić, nawet w tych przypadkach, gdzie pozornie zajętém jest wyłącznie przyjądrze. Zmiany gruźlicze bowiem w jądrze późno dopiero rozpoznać się dające przy badaniu rychło zazwyczaj dołączają się do schorzenia przyjądrza, a i sama pochewka jądra zasiana częstokroć gruzełkami w przypadkach gruźlicy przyjądrza może być punktem wyjścia nawrotu choroby. Wpływ szkodliwy, jaki całkowite wyjęcie jądra ma wywoływać na sferę psychiczną operowanych, jest, zdaniem autora, ogólnie przesadzony, a trudno w każdym razie liczyć się z nim tam, gdzie chodzi o zagrożenie bytu całego organizmu. (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 38, z. 6 z r. 1886). *Dr. Bossowski.*

Okulistyka.

Schweigger: **O wyłuszczeniu i wypatroszeniu gałki ocznéj.**

Z dawien dawna uciekano się w przypadkach ropnego zapalenia naczyniówki w pewnych okolicznościach do rozpłatania i wypróżnienia gałki ocznéj. W nowszych czasach powstało z tego wypatroszenie. Holmes wykonał je w r. 1876 a Knapp uciekał się do niego często póki go w roku 1883 przypadek z groźnym dla życia przebiegiem od tego nie odstraszył. W r. 1884 Graefe z Hali zalecił ten sposób na nowo chcąc nim zastąpić wyłuszczenie gałki ocznéj, z powodu że po niém wydarzały się przypadki śmierci skutkiem zapalenia błon mózgowych. Pierwsze dwa przypadki takie spostrzegał A. Graefe jeszcze w r. 1863, a gdy w obu *panophthalmitis* dała powód do wyłuszczenia uważano ją więc odtąd za przeciwwskazanie wyłuszczenia. Autor dodaje, że *panophthalmitis* nie wstrzymywała go nigdy od wyłuszczenia a mimo to nie wydarzył mu się żaden przypadek śmierci. Stosunek odsetkowy tego smutnego zakończenia nie jest znany, nie wynosi jednak zapewne więcéj jak parę na 1000, gdyż dotąd znanych jest wszystkiego 24 przypadki. Nieznanym jest również rodzaj związku między wyłuszczeniem gałki a zapaleniem błon mózgowych, gdyż przypuszczenie, że winne są ustroje drobnowidowe nie jest bynajmniéj udowodnione. Czy wypatroszenie gałki wolném jest od niebezpieczeństwa życia okaże dopiero przyszłość, a podstawę do porównania pod tym względem z wyłuszczeniem oka uzyska się w każdym razie dopiero po wykonaniu kilku tysięcy wypatroszeń. Przypomnieć jednak należy, że Knapp w r. 1883 porzucił wypatroszenie, ponieważ silne zapalne obrzmienie tkanki oczodołowéj z objawami mózgowemi wywołało i obawę wznieciło, żeby zakrzepica żył oczodołowych nie przeszła na zatokę jamistą. Podobny przypadek wydarzył się również autorowi. Złudzeniem jest według autora, że po wypatroszeniu otrzymuje się duży trzon sposobny do założenia oka sztucznego. Jest tak istotnie w dwa tygodnie po operacyi, w chwili kiedy się chorych z zakładu wypuszcza, gdyż jamę twardówki wypełnia wówczas skrzep, który zwolna ulega wessaniu, ale po 3 do 4 miesiącach oczodół jest pustym jak po wyłuszczeniu. Dało to Mulesowi z Manchesteru powód do wkładania w jamę twardówki kuli szklanéj o 15 do 20mm. średnicy; autor nie próbował tego ale sądzi, że obecność kuli nie zdoła zapobiedz ściągnięciu się twardówki. Technika wypatroszenia jest jeszcze prostszą od wyłuszczenia. Autor zbadał sposoby używane a razem z Graefem uznaje za najodpowiedniejsze, odciąć spojówkę tuż przy brzegu rogówki, oddalić następnie rogówkę nożem i nożyczkami i wypróżnić ostrą łyżeczką treść oka, tak iż tylko twardówka pozostaje. Następnie zamyka się jamę spojówki szwem okrężnym. Przebieg gojenia się jest zawsze powolniejszy niż po wyłuszczeniu; zapalenia gwałtowniejsze wydarzają się tylko wyjątkowo. Autor zastanawia się następnie nad wskazaniami obu tych operacyj, wypowiada zdanie, że zbyt często wyłuszcza się gałkę oczną bez potrzeby i przytacza najczęstsze wskazania.

W pierwszym rzędzie wymienić należy guzy śródoczne. Bez rozpoznania nie ma leczenia mówi się zwykle, ale co do guzów śródocznych ma się rzecz wprost przeciwnie, im mniéj pewne rozpoznanie tém częściéj wykonywa się wyłuszczenie. Guzy tęczówki można najczęściéj usunąć za pomocą iridektomii, guzy ciałka rzęskowego nie zawsze są złośliwe nie wymagają więc zawsze wyłuszczenia oka. Gorzéj jeszcze ma się rzecz co do guzów naczyniówki. Zazwyczaj dają one wcześnie powód do oderwania siatkówki i stają się niewidocznemi za pomocą wziernika, a rozpoznanie polega wtedy na domyśle mniéj lub więcéj uzasadnionym. Ale i tam, gdzie guz śródoczny widzieć można za pomocą wziernika nie o wiele lepiéj stoją rzeczy. Nie każdy guz jest złośliwym, a badając wziernikiem oglądamy jego powierzchnię zawsze tylko z jednéj strony nigdy zaś nie możemy go zbadać dotykiem. Cóżby jednak powiedziano o chirurgu, któryby poprzestał tylko na jednostronném obejrzeniu guza a niedotknąwszy się go nawet, na podstawie rozpoznania tak niedokładnego wykonał operacyję. Jeżeli wzrok jest już stracony nie czyni to wprawdzie wyłuszczenia potrzebném, ale je przynajmniéj uniewinnia, jeżeli przeciwnie wzrok jest jeszcze utrzymany to wyłuszczenie nie da się, zdaniem autora, uniewinnić na podstawie rozpoznania niepewnego a przecież wykonywa się je zazwyczaj. Rozumie się jednak samo przez się, że w przypadkach guzów śródocznych może być mowa tylko o wyłuszczeniu a nie o wypatroszeniu gałki ocznéj. Drugiego szeregu wskazań dostarczają ciężkie uszkodzenia. Rozległe rozdarcia rogówki i twardówki nietylko niszczą wzrok i dają najczęściéj powód do ropnego zapalenia tęczówki i naczyniówki ale sprowadzają ostatecznie po długim i bolesnym przebiegu zanik oka. To samo tyczy się mniejszych obrażeń z obecnością w oku ciała obcego lub bez niéj, jeżeli ich następstwem jest ropne zapalenie naczyniówki. Gdy nietylko wzrok ale i postać oka nie da się w tych przypadkach ocalić jest więc wskazanie sprowadzić zanik jak najrychléj i ile możności bez bólów. W tych wszystkich przypadkach zasługuje na pierwszeństwo wypatroszenie, jeżeli bowiem rogówka lub twardówka jest przedziurawioną to ropna treść oka, wylewająca się przez ten otwór podczas wyłuszczania, zanieczyszcza ranę. Jest ono również i wtedy wskazane, gdy w przypadku ropnego zapalenia naczyniówki nie grozi przedziurawienie ale silne zapalne obrzmienie tkanki oczodołowéj utrudnia wyłuszczenie. Wymienione właśnie przypadki stanowią właściwy zakres wskazań wypatroszenia, ale też w nich tylko zasługuje ono na pierwszeństwo przed wyłuszczeniem. Trzecia gromada wskazań, wymagająca najwięcéj ofiar, na-

leży do zakresu cierpień współczulnych, autor nie chce jednak tym razem rozbierać tego przedmiotu, a poprzestaje na uwadze, że jego zdaniem w tych przypadkach najczęściéj nie jest wskazane ani wyłuszczenie ani wypatroszenie lecz wycięcie (*r sectio*) nerwu wzrokowego. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1886, Nr. 50). *Dr. Rydel.*

Patologija.

Prof. Dr. Weichselbaum: **Etyjologija i zmiany patologiczno-anatomiczne spraw ostrych zapalnych w płucach.** (*Wien. med. Wochenschrift*).

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

W dalszym ciągu przytacza autor własne doświadczenia, odnoszące się nietylko do zapalenia płuc włóknikowego, lecz i do innych procesów zapalnych, w płucach się toczących. Ze względu na mikroorganizmy badał 129 przypadków — a w 83 hodował kultury. Między temi zapaleniami było 102 samoistnych, pierwotnych, a 27 następowych. Na 102 pierwotnych zapaleń było 94 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, płatowego; 2 przypadki zapalenia płuc zrazikowego, a reszta ogniskowych i opadowych. Też same wszystkie formy zapaleń znajdowały się w 27 przypadkach zapalenia płuc następowego. Do doświadczeń swych używał wypociny zapalnéj z płuc i opłucny jużto za życia, jużto w 1—2 po śmierci za pomocą strzykawki Pravaza osiągniętéj, nakłówając igłą stearylizowaną wśród wszelkich ostrożności antyseptycznych. Naówczas zawsze i wszędzie znajdował 4 rodzaje mikroorganizmów.

1. Najczęściéj znajdował się „Diplococcus pneumoniae“, składający się z owalnych lancetowatych lub i okrągłych koków, ułożonych zazwyczaj po dwa, niekiedy i w łańcuszkach od 4—20 razem, otoczonych otoczką różnéj szerokości. Otoczka ta atoli właściwą jest jedynie pewnemu okresowi rozwoju tych koków, prawdopodobnie młodym kokom, które też i dobrze się barwią, podczas, gdy starsze koki zdają się nie mieć otoczki, a przytem i gorzéj się barwią. Łańcuchy są proste lub lekko zakrzywione. Tenże diplokok zbliżony jest bardzo do pneumokoka Frankla i koka lancetowatego Valamona, a różni się od nich formą okrągłą i pojawianiem się w łańcuszkach.

2. Rzadziéj znajdują się koki, różniące się od poprzednich tém, iż przeważnie są okrągłe, częściéj łączą się w łańcuchy, które są albo bardziéj zakrzywione, lub téż pokręcone i nie mają otoczki. Jestto „Streptococcus pneumoniae“.

3. W następowych zapaleniach płuc pojawia się: „Staphylococcus“.

4. Wreszcie pojawiają się mikroorganizmy, które autor zalicza do laseczników, prątków, składające się z laseczek rozmaitéj grubości i wielkości. Najkrótsze i najmłodsze postacie zbliżone są bardzo do koków, obok nich znajdują się prątki, których długość przeważa nad szerokością, obok nich są i wybitne laseczniki, które niekiedy są duże i nieco zakrzywione. W tych dłuższych lasecznikach częstokroć widać było zabarwione miejsca obok wolnych, naprzemian, a te ostatnie przypominały wejrzeniem swém zarodniki. Te mają otoczkę, odpowiadają na podstawie hodowli pneumokokom Friedländera — atoli nie zalicza ich autor do koków lecz do laseczników i zwie je „Bacillus pneumoniae“.

Hodowle tych czterech rodzajów mikroorganizmów przedstawiają się jak następuje:

1. Diplococcus pneumoniae nie rozwija się poniżéj 20° C. Hodowla jego udaje się dobrze na agarze, surowicy krwi i masie mięsnéj w ciepłocie wylęgania. Pierwsza generacyja dobrze się udaje, następne słabną i nie udają się, prawdopodobnie dla tego, iż nasze sztuczne pożywki nie stanowią dla niéj odpowiedniéj gleby. Siła przeszczepiania takowych z jednéj epruwetki na drugą wygasa w całości po kilku dniach. W hodowlach przez nakłócie igłą platynową (*Stichkultur*) na agarze rozwijają się na powierzchni i w kanale nakłótym; na powierzchni widać zaledwie rąbek wąski, przeźroczysty, około nakłócia, a w kanale nakłótym tworzy się smuga wyraźniejsza, w postaci wstęgi, która ma wejrzenie siateczki drobnéj, na brzegach zbitszéj, mieszczącéj w sobie niekiedy ziarenka. Brzegi téj smugi są częstokroć faliste lub karbowane. Przy wylewaniu na płyty agarowe powstają drobne, ledwo widoczne kolonije okrągłe, z których najbardziéj charakterystyczne są te, które są otoczone rąbkiem, gdyż przy powiększeniu 250-krotném składają się ze zbitego, drobno ziarnistego środka i bardzo bladego, prawie przeźroczystego, rąbka, na którego obwodzie częścią diplokoki, częścią krótkie lub miernie długie łańcuchy się okazują.

2. Hodowle „Streptococcus pneumoniae“ różnią się od poprzednich większą energiją rozwoju swego, gdyż udają się w ciepłocie poniżéj + 20° C, choć łepiéj w ciepłocie wylęgania. Zresztą zachowują się podobnie do poprzednich, tylko przedstawiają lepszy i wyraźniejszy obraz.

3. Hodowle „Staphylococcus pneumoniae“ odpowiadają w całości kulturom Staphylococci aurei vel albi.

4. Co się tyczy hodowli „Baccillus pneumoniae“, to te rozrastają się ślicznie w ciepłocie pokojowéj i na wszelkich substratach pożywczych. Szczególniéj charakterystyczną jest jego hodowla na żelatynie, gdzie przybiera kształt gwoździa i to tém wybitniéj, im tęższa żelatyna. Wylany na płyty agarowe tworzy szarobiałe, galaretowe kolonije, o wiele większe niż poprzednie. Te pod słabém powiększeniem okazują kształt okrągły o brzegach gładkich, są gruboziarniste.

Autor znalazł diplococcus pneumoniae w 94 przypadkach, a w 54 stwierdzał jego hodowle. Najczęściéj znajdował się tenże w zapaleniu płuc włóknikowém samoistném, chociaż i w innych formach zapalenia płuc. Streptococcus znajdował się w 21 przypadkach; staphylococcus pn. w 5 przypadkach; bacillus zaś znajdował się w 9 przypadkach, z których w 6ciu stwierdził go autor hodowlą i to w jednym przypadku wspólnie z diplokokiem, w dwóch przypadkach z streptokokiem, a w tych samoistnie. W tym celu posługiwał się autor hodowlami płytowemi na agarze.

Doświadczenia te wykazują: Im świeższy proces zapalny, tém liczniejsze i żywotniejsze są te mikroorganizmy. W miejscach zwątrobienia szarego bakteryje te znajdują się w bardzo nielicznéj ilości. Nie mają otoczki lub ich otoczka bardzo się źle barwi, podczas gdy w miejscach sąsiednich, w których proces zapalny się rozpoczyna, wielka ich ilość i zwykle z otoczkami. W cieczach zapalnych w przebiegu zapaleń płuc napotykanych między oponami mózgowemi, w tkance śródpiersia, w błonie śluzowéj i podśluzowéj przełyku, w tkance łącznéj klatki piersiowéj można i te mikroorganizmy wykazać, jako dowód sprawy zapalnéj specyficznéj, pozostającéj w związku z procesem zapalnym w płucach się toczącym.

W celu wybadania patogenicznego charakteru tych zarazków napotykanych w wypocinie zapalnéj płuc i okazania ich związku etyjologicznego z zapaleniem płuc przedsięwziął autor doświadczenia na 200 zwierzętach i to myszach, królikach, świnkach morskich i psach i wstrzykując im hodo-

wie pneumodiplokoków, streptokoków, bacilów, bezpośrednio do jamy opłucnowéj, w tkankę podskórną, w skórę na uszach, wreszcie poddawał zwierzęta powyższe inhalacyi takowych.

Wyniki co do pneumodiplokoków, a posługiwał się autor hodowlami ich z różnych generacyj i z różnych zapaleń płuc otrzymanemi, są następujące: króliki i myszy okazują najmniejszą odporność, większą odznaczają się morskie świnki i psy. Po wstrzyknięciu ich hodowli do jamy opłucnowéj króliki zdychały w znacznéj liczbie w przeciągu 1—2 dni, a przy sekcyi okazywały obustronne zapalenie opłucny, często i zapalenie płuc jedno lub obustronne w formie ogniskowéj lub płatowéj, niekiedy zapalenie osierdzia i dość często obrzęk śledziony. Charakter zapalenia płuc był więcéj kataralny niż krupowy. Koki te znajdowały się w wypocinie opłucnowéj tak lewéj jak i prawéj płuc i osierdzia, a gdzie był obrzęk śledziony, to i w śledzionie i we krwi. Okazywały formę i ułożenie jak diplokoki, lecz niekiedy bez otoczki. Co do liczby koków, to ich raz było bardzo dużo, drugi raz bardzo mało. Jeśli ich było mało, to były zarazem bardzo małe, bez otoczki, nie barwiły się należycie, robiły wrażenie obumierających. Podobne stosunki przedstawiały koki z wypocin ludzi osiągnięte, gdzie starsze również nie miały otoczki i źle się barwiły. Inne króliki ginęły późniéj lub wcześniéj, lub téż utrzymane zostały przy życiu; we wszystkich atoli przypadkach, nawet i u tych ostatnich, skoro się je po pewnym czasie zabiło, były oznaki zapalenia włóknikowego płuc i opłucny.

Różnica ta co do działania hodowli pneumodiplokoków na zwierzęta powyższe zależy według autora od dwóch czynników, tj. od okresu rozwoju zapalenia płuc, z którego te diplokoki otrzymano i od stanu ich wegetacyjnego. Im późniejsze stadyjum tém bardziéj te koki zbliżają się do obumierania, tém i działanie ich słabsze. Również i następowe generacyje z téj saméj hodowli osłabiają znacznie pierwotną siłę działania. Myszy reagowały tak samo jak i króliki, podczas gdy świnki morskie większą okazywały odporność. Na 4ch psów trzy zdechły, a obraz sekcyjny okazywał ten sam wynik, co i u królików.

Po wstrzyknięciu podskórném hodowli króliki ginęły we 2—3 dni, przyczém na miejscu injekcyi znajdowała się wypocina włóknikowa, a w jéj otoczeniu przesiąknięcie tkanki podskórnéj cieczą surowiczą; obrzęk śledziony zawsze był stałym objawem również i w wypocinie, we krwi i w śledzionie mógł autor zauważyć koki.

Inhalacyje uskuteczniane działały w jednym przypadku najpóźniéj, bo niebawem w 9 dni zdychały myszy. Wtedy znajdowały się pneumodiplokoki z otoczką w wypocinie opłucnowéj, osierdziowéj, w tkance śródpiersia i w śledzionie, podczas gdy płuca były wolne. W innych przypadkach działanie śmiertelne występowało już po 36 godzinach, atoli nekroskopija okazywała tylko obrzęk śledziony i ciecz opuchlinową w tkance podskórnéj klatki piersiowéj, brzucha i grzbietu. W śledzionie i we krwi znajdowały się koki liczne z otoczką, płuca i błony surowicze były wolne od nich.

Streptococcus pneumoniae wstrzyknięty królikom, myszom, morskim świnkom i psom, okazywał to samo działanie co i pneumodiplokoki, tylko rzadko znajdował się obrzęk śledziony i w mniejszéj liczbie pojawiały się we krwi i w śledzionie. Również i temi samemi sposobami przeszczepiania posługiwał się autor.

Doświadczenia z laseccznikiem zapalenia płuc (*bacillus pneumoniae*) potwierdziły doświadczenia przez Friedländera podane, tylko króliki nie są w zupełności na nie odporne, gdyż 2 zginęły w skutek zapalenia włóknikowego płuc i opłucny, a w ich wypocinie zapalnéj znalazł autor bacile z otoczką, jak również i w śledzionie.

Na podstawie wszystkich doświadczeń doszedł autor do następujących wyników:

1. Przyczyną wszelkiego zapalenia płuc są mikroby, a to nietylko, że one zawsze i stale w tych samych postaciach się pojawiały w procesach zapalnych płucowych, ale natomiast w początkowych okresach liczba ich była bardzo znaczna i okazywały największą żywotność; powtóre, że udało się autorowi pojedyncze rodzaje rzeczonych mikrobów odosobnić, otrzymać ich hodowle i przez następowe wstrzyknięcie zwierzętom wywołać te same obrazy zapaleń, co i u ludzi.

2. Jad w zapaleniu płuc nie jest jednolity, jednak nie w têm znaczeniu, jak to podaje Liebermeister i Leichtenstern, ale, że ostre zapalenia płuc, a między niemi i właściwe zapalenie płuc włóknikowe, wywołane są przez kilka rodzajów mikroorganizmów; podobnie jak to ma miejsce w procesach zapalnych łącznotkankowych, gdzie już kilka rodzajów mikroorganizmów poznano.

3. Dotychczasowy podział zapaleń płuc na płatowe i zrazikowe, na włóknikowe i kataralne, ma podstawę anatomiczną, ale nie etyjologiczną; czyli, że zapalenie płuc krupowe lub kataralne wywołuje ten sam zarazek. Toż samo odnosi się do zapaleń płuc drugorzędnych, następowych.

4. „Diplococcus pneumoniae“ najczęściéj wywołuje zapalenie płuc włóknikowe. Co się tyczy lasecznika Friedländera to on prawdopodobnie rzadko jest przyczyną zapalenia płuc jako taki, tylko w połączeniu z innemi, choć w niektórych przypadkach samoistnie działał.

Zaziębienie według autora samo przez się nie wywoła zapalenia płuc, stanowi atoli moment w wysokim stopniu usposabiający, gdyż wywołując zaburzenia w krążeniu płucném stwarza zarazem korzystną glebę dla osiedlenia się pneumokoków.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska

VI zwyczajne posiedzenie z dnia 5go czerwca 1886.

Przewodniczący Dr. Merunowicz, obecnych członków 20.

1) Kol. Ziembicki przedstawia dwie chore po owaryjotomii i jednego chorego po enterotomii, operowanych w oddz. chirurg. tut. szpitala powszechnego. Gojenie bez wszelkich powikłań *per primam* nastąpiło po owaryjotomii w krótkim czasie; enterotomija zaś robioną była z powodu skręcenia kiszek z następową plastyką.

2) Kol. Kadyi w sprawie jubileuszu 25 letniego prof. Dra Teichmana w Krakowie wnosi, aby jubilatowi, który uwiecznił swoje imię znakomitém dziełem i który liczy między członkami sekcyi lwowskiéj bardzo wielu swych uczniów, przesłać adres od sekcyi, jakoteż aby przyczynić się składką do sprawienia biustu jubilata, który uczniowie jego postanowili postawić. Wnioski przyjęto jednomyślnie.

3) Kol. Kadyi nawięzując do komunikacyi swéj uczynionéj w kwietniu r. 1884 o doświadczeniach przedsięwziętych wspólnie z kol. Drem Wehrem w sprawie przeszczepialności nowotworów, których wyniki dodatnie kol. Wehr przedstawił w krótce potem na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu (zob. Przegląd Lekarski z r. 1884 Nr. 27), oznajmia iż z powodu braku odpowiedniego materyjału dopiero w roku bieżącym można było przedsięwziąść dalszy szereg doświadczeń. Odnoszą się one

wszystkie do pewnego typowego nowotworu, bujającego u suk od wewnętrznych warstw (t. j. błony śluzowéj pochwy a głównie przedsionka sromowego) w postaci fałdzistych i grzebieniastych narośli. Nowotwory takie opisują zoopatologowie jako osobny rodzaj brodawczaków (Brückmüllera podręcznik patologicznéj anatomii zwierząt domowych str. 718), weterynarze zaś oznaczają te nowotwory jako kłykcinowate narośle i odróżniają je od innych kłykcin stożkowatych u psów napotykanych. Badanie wszakże mikroskopowe (prelegent przedstawia odnośne preparaty) wykazuje, że nowotwory te posiadają cechy raka rdzenistego. Należy zaznaczyć, iż narośle takie bujając dochodzą do bardzo znacznych rozmiarów. Dotychczas w szkole weterynaryi wydarzyły się trzy tego rodzaju przypadki, z których nowotwory posłużyły prelegentowi do doswiadczeń wspólnie z kol. Wehrem przedsięwziętych; ostatni z tych nowotworów został przez kol. Królikowskiego wyłuszczony razem z częścią pochwy ze skutkiem nader pomyślnym. Podobne narośle zdarzają się także u psów samców na napletku i okazują to samo utkanie, co prelegent objaśnia na preparatach mikroskopowych przyrządzonych z nowotworu napletkowego. Stałe cechy histologiczne i typowe umiejscowienie uważa jako właściwość nowotworu, bardzo pożądaną dla przeprowadzenia dłuższego i jednolitego przeprowadzenia szeregu doświadczeń. Oprócz pierwszego szeregu doświadczeń dawniéj opisanego, do którego posłużył pierwszy tego rodzaju nowotwór, wykonał kol. Wehr w roku bieżącym, wspólnie z prelegentem jeszcze dwa szeregi przeszczepiań. Z nowotworu pochwy u suki wyłuszczonego dnia 24/2 1886 wprowadzono drobne kawałeczki pod skórę 4 psom, dwom zaś wstrzyknięto do żył miazgę zeskrobaną z raka. Z pierwszych jeden padł po 10 dniach w skutek nosacizny psiéj; inny nie okazujący wyniku dodatniego (prawdopodobnie z powodu. iż przez zanadto małą ranę wprowadzony kawałek raka nie pozostał pod skórą) został po 3 tygodniach zabity na cele anatomiczne. Pozostałe cztery psy po upływie 8 tygodni musiały być również zabite, z powodu iż pożarły króliki szczepione wścieklizną, które w tym samym lokalu były w pakach trzymane. W chwili śmierci u jednego z tych psów znaleziono pod skórą w okolicy, gdzie była rana przez rychłozrost zabliźniona, trzy guzki, z których największy zrazikowatego wejrzenia, wielkości ziarnka grochu, okazuje budowę prawie identyczną z nowotworem pierwotnym, bo tylko tém się różniącą, że zrąb miejscami rozrosły okazuje właściwości tkanki galaretowéj, tudzież, że pośród złogów komórek rakowych zupełnie takich, jak w pierwotnym nowotworze, znajdują się jamki i kanały jak w *adenocarcinoma.* U drugiego psa znaleziono w płucach guziki od wielkości grochu aż do wiśni, pośród których miąższ przekrwiony okazuje wyraźne nacieki złożone z szarawych ziarenek, jakkolwiek nie jest całkiem bezpowietrznym. Mikroskop w tych naciekach wykazuje komórki zupełnie podobne do komórek pierwotnego nowotworu. U dwóch innych psów wynik badania był ujemny. — Z drugiego nowotworu (operowanego przez kol. Królikowskiego) dnia 2 maja 1886 wprowadzono kawałeczek pod skórę podbrzusza u młodego psa, którego prelegent przedstawia a u którego rozwinął się guzek obecnie wielkości wiśni. Skóra nad nim mało przesuwalna. Drugiemu psu wstrzyknięto miazgę z tego samego nowotworu do obu *saphenae.* Zakrzepy, które się wytworzyły w skutek podwiązania tych żył, obecnie prawie całkiem są wessane. O ile tu eksperyment odniósł dodatni skutek. będzie dopiero można orzec po sekcyi. (Dok. n.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 26.

1. Przewodniczący przedłożył Tow. listę członków Komisyi przedwyborczéj.

2. Kol. Obaliński przedstawił kobietę, u której wykonał w trudnych warunkach plastykę na nosie z bardzo dobrym skutkiem, oraz mężczyznę po trepanacyi czaszki. W tym ostatnim przypadku omówił szerzéj objawy nerwowe, jakim ulegał chory a dla usunięcia których przedsięwziął operacyję. W dyskusyi wziął udział kol. Adamkiewicz.

3. Kol. Jaworski imieniem Komisyi przemysłowéj zdał sprawę z podania p. Żeleńskiego z Grodkowic o poparcie jego mleczarni. Szczegóły w tym przedmiocie będą zamieszczone w protokóle posiedzeń Komisyi przemysłowéj. Tow. przyjęło jednogłośnie przedłożone wnioski.

4. Kol. Trzebicky okazał zachowany w wyskoku kawałek jelita resekowanego przez kol. Mikulicza w przypadku przepukliny pachwinowéj, gdzie przebicie nastąpiło skutkiem duru brzusznego.

5. Kol Jaworski mówił o symptomatologii i kolejnym rozwoju zboczeń czynnościowych żołądka.

Zbadanie i rozpoznanie przyrody zboczeń chorobowych w ustroju nie opiera lekarz obecnie na objawach podmiotowych, jakie mu chory podaje, lecz na tém, co sam na drodze fizycznéj lub chemicznéj wybadać może. W tém samém położeniu jesteśmy i w obec wielkiéj jamy gruczołowéj jaką przedstawia żołądek. Wejrzenie w jéj wnętrze i zbadanie jéj wydzieliny mikroskopowo i chemicznie, wyjaśniłoby nam od razu stan chorobowy narządu bez odnoszenia się do bałamutnych opowiadań pacyjenta o swoich dolegliwościach podmiotowych Jednak między wymogami nauki, a praktycznêm zastosowaniem jest tu wielki przedział. Badając wewnętrznie żołądek, do czego trzeba użyć sond, okaże się, że bardzo wielu chorych temu sposobowi badania się opiera, chociaż ono nie sprawia zapewne większéj przykrości, jak wprowadzenie cewnika lub wziernika macicznego; z tych zaś, którzy sondowaniu się poddają wielu swojém niestosownêm zachowaniem, robi badanie nieużytecznêm; a ponieważ zwykle jednorazowe sondowanie nie wystarcza do dokładniejszego zoryjentowania się, przeto i lekarz niedochodząc do zamierzonego celu, traci czas i cierpliwość. Ztąd chcąc niechcąc, musi lekarz całe rozpoznanie i terapiję opierać na wygodniejszém dla pacyjenta i siebie badaniu, t. j. tylko na podawanych mu przypadach podmiotowych czyli tak zwanych gastrycznych. Otóż za poradą kol. Korczyńskiego zwracałem przez dłuższy czas uwagę na to, aby dociec, **na jakie wnioski dyjagnostyczne dozwalają owe przez chorych podawane przypady gastryczne w połączeniu z badaniem zewnętrznêm chorego,** czyli innemi słowy, jaka tychże jest wartość kliniczna. Do załatwienia tego pytania jąłem się dopiero, gdy zebrałem z biegiem czasu nieco większy statystyczny materyjał liczący przeszło 200 stosownych przypadków.

W każdym tu zestawionym przypadku wyegzaminowano wprzód chorego co do przypadów podmiotowych, a następnie przeprowadzono na niém, według znanych metod krakowskich badanie wewnętrzne żołądka, w stanie czczym metodą lodową, metodą białkową albo beafstykiem według Leubego. Wyniki tych badań porównane z przypadłościami podmiotowemi mam zaszczyt właśnie obecnie w zestawieniu statystycznêm przedstawić. Aczkolwiek to przedstawienie cyfrowe może będzie za suche, może będzie jednak więcéj przekonywające, niż gołosłowne niczém niepoparte twierdzenia.

Ogółem obejmuje niniejsze zestawienie 222 przypadków mogących być zużytkowanemi z wykluczeniem jednak wszystkich podejrzanych o nowotwór albo wrzód żołądka. Na 222 przypadków było 42 kobiet a 180 mężczyzn: następnie 76 (34·2%) izraelitów a 146 (65·7%) chrześcian.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Cause célèbre Babimostska.

Już kilkakrotnie, a po raz ostatni w Nrze 47 Przeglądu Lekarskiego z r. 1886, wspominaliśmy o sprawie aptekarza poznańskiego, skazanego na więzienie dożywotne za otrucie własnéj swéj żony arszenikiem, a w któréj to sprawie ciągle odzywają się głosy powołane i niepowołane, przypuszczające, że człowiek ów niewinnie cierpi. Znalazłszy w Nrze 1 „*Wiadomości Farmaceutycznych*“ w Warszawie wychodzących, dokładny opis biegu sprawy, zaczerpniętej z „*Chem. Ztg.*“ (1886, Nr. 92) powtarzamy go niniejszém, aby w końcu podać kilka uwag własnych.

„W r. 1874 aptekarz Władysław Speichert, znajdując się w bardzo krytycznêm położeniu majątkowém, nabył aptekę w Babimoście i wkrótce potém się ożenił. Przez ożenienie nie poprawiły się jego stosunki majątkowe, przeciwnie, wkrót-

ce położenie stało się nader krytyczném. 5 maja 1875 r. zmarła nagle zdrowa dotychczas zupełnie pani Speichertowa, a wdowiec wkrótce potém robić zaczął kroki do powtórnego ożenienia się. Na skutek denuncyjacyi zrobionéj w r. 1876 do urzędu państwowego w Grodzisku w kwietniu tegoż roku wydobyto ciało zmarłéj i podjęto sekcyję. Nieżyjący prof. Sonnenschein znalazł w zmumifikowanym trupie „wyraźne ślady arsenu“, z czego wysnuł wniosek, że musiano go zmarłéj zadać. Na mocy oceny Sonnenscheina, głównie zaś, jak się obecnie okazuje, z uwagi na mumifikacyję trupa, sąd przysięgłych w Międzyrzeczu w dniu 30 listopada 1886 r. skazał na śmierć Speicherta, jako winnego morderstwa żony; został on jednak ułaskawionym a karę śmierci zamieniono na dożywotne więzienie. Speichert podczas procesu stanowczo oponował przeciw orzeczeniu Sonnenscheina i żądał, aby części trupa i przez innych chemików zostały zbadane; izba sądowa żądanie to jednak odrzuciła. Od czasu wyroku Speichert znajduje się w zakładzie karnym w Kronthal, zkąd napróżno usiłował wielokrotnie wznowić proces.

Radca lekarski Dr. R. Otto w Brunświku, uznany za powagę na polu chemii sądowéj, wydał 28 kwietnia 1882 r. orzeczenie, a opierając się na poczynionych przez siebie nowych spostrzeżeniach naukowych, twierdzi, że nie można z bezwzględną pewnością wnosić z oceny Sonnenscheina, że owe „bardzo wyraźne ślady arsenu“ znajdowały się w badanym przedmiocie; przeciwnie, nie uważa Otto za wykluczone, ażeby nie mogły one całkowicie lub częściowo pochodzić z odczynników, mianowicie z materyjału użytego do wywiązywania stósowanego w analizie siarkowodoru. Ubolewa daléj Otto nad brakiem dokładniejszych danych co do ilości znalezionego przez Sonnenscheina arsenu. Porównanie otrzymanego zwierciadła z kopijami zwierciadeł otrzymanych w aparacie Marsha ze znanych ilości arsenu (4 wyd. Otto „*Anleitung*“ itd.) umożliwiłoby z łatwością przybliżoną ocenę owéj ilości arsenu. Adwokat Jażdżewski z Poznania zaproponował wtedy wznowienie procesu; podanie jego jednak przez sąd w Międzyrzeczu zostało odrzucone a skarga zaniesiona do instancyi wyższéj w Poznaniu pozostała bez skutku.

W rok potem Dr. Bischoff z Berlina zabrał głos w téj sprawie. Podówczas była ona żywo przez prasę omawiana, mianowicie prof. Ottonowi robili zarzuty byli uczniowie i asystenci Sonnenscheina. Dr. Bischoff atoli zaznaczył, iż w obec stwierdzonych aktami okoliczności wykrycie nieznacznych ilości arsenu nie może służyć za dowód otrucia arsenem. Po śmiertelném otruciu jakoby arsenem, którego przebieg trwał bez wypróżnień około 12 godzin, należało oczekiwać znacznie więcéj arsenu, aniżeli go wykryto. Dr. Bischoff nie uważa za niemożliwe, ażeby obecność znalezionych śladów arsenu mogła być sprowadzoną do szczególnych przypadków, zaszłych jeszcze na 8 dni przed nagłą śmiercią pani Speichertowéj i objaśnia mumifikacyję, jako często dające się spostrzegać zjawisko na ekshumowanych trupach, nie będące w żadnym związku z możliwém otruciem. Według niego sprawy omawianéj nie można na zasadzie materyjału aktami objętego uważać za wyjaśnioną. Prof. Otto w artykule ogłoszonym w *Chemiker Zeitung* (1884) obszernie sprawę całą omawiał i wyświetlił powody, które go do wydania orzeczenia skłoniły. Adwokat Fränkel w Berlinie usiłował wtedy znowu, napróżno jednak, proces Speicherta wznowić.

D. 30 listopada 1885 r., r. t. prof. Löwig we Wrocławiu otrzymał od adwokata Haillianta z Bydgoszczy zapytanie, czy jest on skłonnym w téj sprawie wydać orzeczenie w obec zamiaru wznowienia procesu. W styczniu 1886 zostało ono w formie rozprawy sądowo-chemicznej p. t. „Otrucie arsenem i mumifikacyja,“ którą niedawno wydano w osobnéj broszurze, wręczoną adwokatowi Hailliantowi. W kwietniu r. z. prosił adwokat Hailliant prof. Limana w Berlinie o orzeczenie lekarskie, posełając mu artykuł Löwiga. Liman przemawiał o téj kwestyi na tegorocznym Zjeździe przyrodników niemieckich, nie wymieniając jednak nazwisk. Podjęte obecnie przez Haillianta starania w celu wznowienia procesu pomyślnym uwieńczone zostały wynikiem i w poniedziałek 15 listopada z. r. przystąpiono powtórnie do ekshumacyi zwłok pani Speichertowéj wobec r. t. lekarskich Kocha, Limana, Wolffa z Berlina, Löwiga z Wrocławia i Dra Bischoffa z Berlina.

Ekshumacyja ciała odbyła się w dniu 15 listopada z. r. pomiędzy 10—12 przed południem pod nadzorem urzędników sądowych z Bytomia w obecności wszystkich znawców a daléj burmistrza i duchownego ewangielickiego z Babimostu, obecnych przy pierwszéj ekshumacyi, wreszcie nadprokuratora z Międzyrzecza. Z możliwą ostrożnością przedsięwzięta ekshumacyja okazała co następuje: Trumna była spruchniałą i trzeba ją było przy wydobywaniu obwiązać sznurami. Spód jéj dość dobrze był jeszcze zachowany, wtłoczone nieco wieko zamykało ją, pozostawiając szparę. Po otwarciu trumny, z wierzchu znaleziono czarną jedwabną suknię, w ogóle dobrze zachowaną, pod nią trup okazał się, z wyjątkiem kości, najzupełniéj rozłożony, ani śladu mumifikacyi. Miejscami na kościach masa mazista, inne zupełnie suche. Ani śladu woni gniłéj, żadnej pleśni. Uderzającym był niezwykły rozwój małych gąsienic muszych, pokrywających w zbitych kokonach miękką masę. Kości nie trzymają się jedne drugich. Zabrano okazy ziemi z różnych miejsc grobu, zachowano kości, suknię, wióry, wieko i obicie trumny, które opieczętowano. Odpowiednio do rozporządzenia sądu poznańskiego okazy te przesłano dla poszukiwań do Berlina, do zakładu chemicznego, którego kierownikiem jest A. W. Hoffmann. W obec powyższego wyniku ekshumacyi, która wykazała daleko posunięty rozkład, wątpliwém jest z jednéj strony wykrycie obecnie arsenu, gdyby on nawet pierwotnie w większéj ilości w trupie się znajdował, z drugiéj zaś strony bynajmniéj nie jest wykluczoną możność wykrycia śladów arsenu w przedmiotach z otoczenia ciała pochodzących, umiejętnemu badaniu poddanych. W obecnym jednak stanie sprawy taki lub inny wynik badania chemicznego podrzędne poniekąd mieć może znaczenie, a to z uwagi na odmienne postawienie całéj kwestyi.

Jak to obecnie na mocy aktów sądowych widać, pierwotnie już sędziowie wyrok, skazujący Speicherta jako winnego otrucia żony swéj arsenem, opierali nie jedynie na orzeczeniu Sonnenscheina, lecz przeciwnie przeważnie na zdaniu dwóch znawców lekarskich Dra Roberta Kocha i Zagrodzkiego, którzy biorąc pod uwagę zjawisko mumifikacyi trupa Speichertowéj na niém, jako jedynie przez większe ilości arsenu (co najmniéj 0.5 *gr*) wywołaném, się opierając, o zatruciu arsenem wnosili. Czy jednak mumifikacyja jest zjawiskiem jedynie przez obecność arsenu wywołaném? Bynajmniéj, jak obecnie wiemy. Ślady zaś arsenu przez Sonnenscheina wykazane są ilością zbyt małą, żeby mogły śmierć wywołać. Zatém w daném przypadku nie ma żadnego dowodu zatrucia arsenem, Speichert więc nie słusznie został osądzonym. Sprawa Speicherta posiada już pokaźną literaturę, odnoszącą się i do najświeższego jéj studyjum. Obszerniéj zajmuje się nią w oddzielnéj broszurze wydane orzeczenie

sędziwego prof. Löwiga, którėj streszczenie podał Jeserich w *Pharm. Ztg.* Nr. 91, 92 i Otto w *Chem. Ztg.* Nr. 95 i 96 z r. z.“

Jak dalece ważnemi i zbawiennemi są ogłoszenia doświadczeń i spostrzeżeń sądowolekarskich, dowodzi fakt, że w przeciągu paru lat już po raz drugi prace te stają się podwaliną wznowienia śledztw dawno ukończonych i przyczyniają się do naprawienia krzywdy wyrządzonėj bliźniemu na podstawie błędnego tłumaczenia pewnych objawów. Jak opisanie spostrzeżenia Maschki o zmianach, wywołanych na powłoce zewnętrznéj ciała przez mrówki, posłużyło do wyświecenia prawdy w sprawie monastyrskiėj Haarbauma, o którėj w swoim czasie pisaliśmy, tak praca prof. Zaaijera z Leydy p. t. „*Das Verhalten der Leichen nach Arsenikvergiftung (Viertelj. f. ger. Medicin N. F.* XLIV B- str. 249—277) w roku przeszłym ogłoszona, przyczyni się, jak się zdaje, do uwolnienia człowieka, który od lat 10 przeszło jęczy w więzieniu jako morderca swéj żony.

Dużo o sprawie téj już pisano, a wszystkie usiłowania, podjęte w celu uwolnienia skazanego, okazały się, jak z opisu powyższego wynika, płonnemi. Posługiwano się bowiem głównie zarzutem, czynionym zmarłemu a znakomitemu chemikowi berlińskiemu, prof. Sonnenscheinowi, że w zwłokach Speichertowéj znalazł „bardzo wyraźne ślady arsenu“, i że na podstawie takiego wyniku badania nie miał prawa twierdzenia, że Speichertowa została otrutą. Pomijając okoliczność, że zarzut uczyniony badaczowi już nie żyjącemu już z góry mógł wydawać się podejrzanym, to sądzimy nadto, że on był rzeczywiście nieuzasadnionym, ponieważ chemik ostatecznie nie orzeka o otruciu, gdyż wynik jego badania Sąd przedkłada znawcom lekarskim, a ci dopiero orzekają o otruciu, opierając się nie tylko na badaniu chemicznėm, ale i na wyniku sekcyi, objawach za życia spostrzeżonych i okolicznościach pobocznych. Jakkolwiek więc liczne przypadki pouczyły, że pomimo względnéj łatwości wykazania arsenu należy się mieć wielce na baczności w twierdzeniu, że preparat arsenowy wprowadzony został za życia w zamiarze otrucia, ponieważ znalezione ślady arsenu mogły pochodzić z odczynników, tak często zanieczyszczonych lub też z preparatu przez osobę zmarłą zażytego w celu leczniczym, — to przecież należało z krytyką przedewszystkiém zwrócić się do znawców lekarzy i roztrząsać pobudki, któremi oni się kierowali, orzekając w obec przysięgłych o otruciu. Otóż teraz dopiero dowiadujemy się, że lekarze sądowi oparli orzeczenie swoje nie tylko i nie tyle na wywodzie znawcy chemika, ile raczéj na okoliczności, że zwłoki Speichertowéj w rok prawie po jéj śmierci wydobyte z grobu okazały się zmumifikowane. Mogli więc lekarze przypuścić otrucie arsenowe, jeżeli obok wykazanych przez chemika „bardzo znacznych śladów arsenu“, znaleźli strupieszenie zwłok, które uchodziło wówczas za zjawisko, cechujące otrucie to, zwłaszcza, jeżeli zbadawszy ziemię nietylko z grobu Speichertowéj ale i z innych grobów cmętarza wziętą, przekonali się, że ziemia w téj miejscowości preparatu arsenowego nie zawiera, a nie wątpimy, że badanie to kontrolujące uskutecznili, a wykluczenie dostania się arsenu z ziemi do trupa w danym przypadku było tém łatwiejsze, o ile po upływie roku trumna zapewne była jeszcze dobrze utrzymaną. Stając na ówczesnėm stanowisku nauki nie możemy atoli wyjaśnić sobie pewnéj sprzeczności. Przypuszczano do niedawna, że mumifikacyja jest ważnym objawym otrucia arszenikowego; starano sobie objaw ten atoli wytłumaczyć w ten sposób, iż wielkie ilości arsenu wprowadzonego do organizmu konserwują ciało, wywołując jego strupieszenia. Jakże zaś można było pogodzić fakt strupieszenia w danym przypadku ze śladami arsenu, choć wyraźnemi, w ciele wykrytemi?

Cała jednak nauka o mumifikacyi przez arsen wywołanéj nie miała nigdy podstaw rzetelnych. Podczas gdy dawniej twierdzono, że arszenik pozostały w organizmie po otruciu przyspiesza zgniliznę ciała, przyjęło się w stuleciu bieżącém mniemanie przeciwne, zwłaszcza gdy Dr. Welper w głośnym procesie trucicielki, tajnéj radczyni Ursinus, znalazł dwie ofiary jéj zmumifikowane; od tego czasu uważano mumifikacyję jako objaw wprawdzie niestały, ale dość często występujący po otruciu arszenikiem. Mniemanie to można pod względem uzasadnienia postawić na równi z przypuszczeniem, że otrucie strychninem wywołuje szybko stężenie trupa, nad wszelką miarę długo utrzymujące się — przypuszczenie, które dopiero w ostatnim dziesiątku lat wyrugowano; a jednak tak ono jako i mumifikacyja po otruciu arsenem wystąpić mająca stały się zapewne nieraz przyczyną skazania ludzi niewinnych. Myli się jednak Zaaijer, jeżeli sądzi, że bardzo szczupła liczba lekarzy nie uznawała stanowczo wpływu arszeniku w dawkach trujących przyjętego na zmiany pośmiertne; albowiem rzecz się ma przeciwnie. Nietylko bowiem wielce doświadczony Orfila w przypadku otrucia arszenikowego przyczyny mumifikacyi szukał już w suchym i piaszczystym gruncie cmentarza a nie w arszeniku, ale wszyscy późniejsi pisarze sądowolekarscy z wielką rezerwą wyrażają się o tém następstwie otrucia arszenikowego; wszyscy bez wyjątku zaprzeczają, jakoby mumifikacyja była pewną cechą otrucia arsenowego, jak to twierdził Burdach, a przypuszczają co najwięcéj, że się pojawia, jeżeli za życia znaczniejsze dawki arszeniku zażyto, które nie zostały w zupełności za życia z organizmu wydalone (Casper-Liman, Schauenstein, Hofmann i inni). W ogóle widać w téj mierze u autorów chwiejność i niepewność, wynikającą po największéj części z braku dostatecznego doświadczenia własnego; jeden powtarza za drugim, nie mogąc naturalnie wydać sądu stanowczego *pro* lub *contra*. Historyja medycyny sądowéj wykazuje takie liczne pewniki, uchodzące przez czas długi za dogmata nienaruszalne, aż nie pojawi się ktoś, co opierając się na własném doświadczeniu, obala naukę błędną. Zaaijer uwolnił nas wreszcie od zmory, która nam się dawała we znaki, ile razy wypadało wypowiedzieć zdanie o mumifikacyi arsenowéj. Wykazał on bowiem na 18 własnych bardzo ścisłych obserwacyjach i badaniach, że dawki trujące arszeniku nie pociągają za sobą strupieszenia, że ono się zdarza wśród znanych warunków powstaniu jego sprzyjających bez względu na to, czy zwłoki zawierają arsen lub nie, co większa, że napotyka się je względnie częściéj na zwłokach arsenu wcale nie zawierających.

Rozprawa Zaaijera jest przekonywającą, to też Hofmann przyjmuje jéj wyniki bez zastrzeżenia, tylko Liman na ostatnim Zjeździe berlińskim, występując jakoby *pour l'honneur du drapeau* nie odmawia jeszcze mumifikacyi arsenowéj wszelkiego znaczenia; snać stoi na stanowisku Seidla: „*sie spukt doch nicht blos in dem Köpfen und Protocollen der Gerichtsärzte.*“

Bądź jak bądź praca Zaaijera dała pochop do wznowienia śledztwa przeciw Speichertowi, którego tymczasem za urlopem wypuszczono z więzienia. Spodziewać się należy, że śledztwo ukończy się uwolnieniem podsądnego, który lat 10, być może, że całkiem niewinnie, odbył ciężką

i nader dotkliwą karę. Jeżeli zostanie ostatecznie uwolniony, uwolnienie swoje zawdzięczy zapewne postępowi nauki; ale zachodzi pytanie ważniejsze, czy skazanie było uzasadnione ze stanowiska nauki przed 10 laty? Według przedstawienia podanego, za które jednak odpowiedzialności nie przyjmujemy, bo tylko akta urzędowe mogą być podstawą zdania, został on uznany winnym otrucia, ponieważ lekarze sądowi oparli zdanie swoje potępiające na śladach arsenu przez chemika wykazanych oraz na mumifikacyi zwłok. Jakkolwiek w sprawie téj jest angażowany fizyk, obecnie sławy europejskiéj używający, Robert Koch, to jednak nie podobna niedopatrzeć się sprzeczności między mumifikacyją a śladami arsenu w zwłokach znalezionemi. Czy sprzeczność ta nie nasuwała wówczas znawcom myśli, że mumifikacyja nie musi pozostawać w związku ścisłym z arsenem przez chemika wykazanym? A jak tu pogodzić mumifikacyję ówczesną ze stanem, w jakim przy obecnéj ekshumacyi zwłoki znaleziono? Niepodobna przypuścić, aby na zwłokach przed 10 laty zmumifikowanych zniknęły doszczętnie części miękkie, i aby z trupa takiego pozostały tylko kości bez związku ze sobą pozostające. A czy wówczas nie należało nietylko zebrać ziemię z rozmaitych miejsc cmętarza, ale nadto otworzyć kilka grobów, celem przekonania się, czy na owym cmętarzu trupy w ogóle, lub przynajmniéj niektóre z nich nie ulegają strupieszeniu, czy więc grunt sam nie jest przyczyną mumifikacyi? A wreszcie, czy komisyja ostatnia, która zabrała rozmaite okazy z grobu, zajrzała też do innych grobów i badała, jaki obraz zmian pośmiertnych przedstawiają trupy na cmętarzu owym pochowane? Nie podnosimy zarzutów, bo powtarzamy, że bez aktów o sprawie tak ważnéj sądzić nie można, a zaznaczymy tylko wątpliwości, wymagające rozjaśnienia.

Jakkolwiekbądź przypadek ten, który znów nabrał tak wielkiego rozgłosu, dowodzi wymownie, jak wielką jest odpowiedzialność lekarza sądowego, gdy po wielu latach w nader przykry sposób przypomina mu się przypadek, dawno załatwiony i zapomniany, gdy rolę orzekającego w obec opinii publicznéj zamienia mimowolnie na rolę moralnie obwinionego. A gdy wiedza nasza pod wielu względami nie jest absolutnie pewną i ustaloną, tém bardziéj znawca winien być ostrożnym w orzekaniu zbyt stanowczém, na im większą karę orzeczenie lekarskie naraża obwinionego. *Ne nimis!*

L. Blumenstok.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Seitz: **Studyja bakteryjologiczne nad etyjologiją tyfusu.**

Przed kilkoma tygodniami wyszło w Monachijum małe dziełko (str. 68) opracowane z wielką sumiennością przez Dra Seitza, asystenta polikliniki lekarskiéj, a przedstawiająca obecne poglądy o etyjologii duru, poparte tu i owdzie własnemi doświadczeniami. Na podstawie téj pracy chcemy czytelnikom Przeglądu przedstawić obecne najnowsze zapatrywania higijenistów i bakteryjologów na etyjologiję duru. Badania dotychczasowe prawie jednomyślnie zgadzają się na to, że u większéj części zwłok tyfusowych znajdują się w różnych narządach, a przedewszystkiém w śledzionie, charakterystyczne prątki. Prątków tych nie napotyka się w innych chorobach zakaźnych. Dają one się częstokroć z wielką łatwością niekiedy prawie w postaci zupełnie czystéj hodowli z tych narządów oddzielić. W czasie saméj choroby udało się te same bacile wykryć w kale, wymiotach a nawet moczu chorych. Prątki te nie odznaczają się pod względem biologicznym niczém tak dalece właściwém od innych tego rodzaju grzybków. Głównem ich charakterystyczném znamieniem jest wielka oporność w obec wysokiéj i niskiéj cieploty, działanie fermentacyjne na węglek wodu, właściwy rozrost na hodowlach ziemniaczanych i wreszcie własność wykonywania szybkich ruchów. Na téj zasadzie, że grzybek ten znajduje się prawie stale w narządach skórnych i zmarłych na dur, większość patologów i higijenistów uznała go za swoisty w téj chorobie. Na udowodnienie, że prątek ten jest zarazem i chorobotwórczym, przytaczają, że szczepienia tak żylne jak i przez przewód pokarmowy u różnych gatunków zwierząt wywołują obraz chorobowy do tyfusu zbliżony, a w narządach tych zwierząt badanie drobnowidowe wykazuje również zmiany podobne jak w durze ludzkim. W kiszkach cienkich, a szczególniéj w gruczołkach tego narządu, spotyka się obraz bardzo podobny, jak w durze brzusznym, a to tak przy zakażeniu *per os* jak i po zastrzyknięciu czystéj hodowli do żyły. Badania więc te na zwierzętach zdają się stwierdzać patogenezę prątka, a przytém dają podstawę do przypuszczenia, że zakażenie najprawdopodobniéj następuje zwykle przez przewód pokarmowy. To ostatnie przypuszczenie potwierdza także spostrzeżenie, że prątków wstrzykniętych do krwi nie znajduje się w przewodzie pokarmowym. Z przewodu pokarmowego zaś prątki rozwijają swe chorobotwórcze działanie wytwarzaniem ciał trujących, zaczém przemawiają doświadczenia Hoffmanna, Zenkera, Seitza i Briegera.

Wolffhügel, Riedl, Meade i Bolton zrobili spostrzeżenie, że w warunkach korzystnych prątki tyfusowe mogą się w wodzie rozwijać i dać początek epidemii. Zapatrywanie to ze stanowiska praktyki lekarskiéj poparł pracami swemi Michael. Również mleko, zdaniem Wolffhügla i Riedla, bardzo jest dobrym środkiem, w którym się prątki durzycowe rozwijają łatwo. Zgadza się to z niejednym kazuistycznym przypadkiem, w którym właśnie obwiniano tę drogę zakażenia, szczególniéj w epidemii tyfusu u dzieci (np. w Marburgu r. 1880). Zdanie dziś jeszcze rozpowszechnione, że dur i przez bieliznę, naczynia, wydzieliny itd., w ogóle przez bezpośrednie zetknięcie się przenieść się może, choć nie poparte doświadczeniami ścisłemi, nie da się przecież wykluczyć, a spostrzeżenia praktyczne Rehera zdają się znów téj drodze zakażenia większéj wagi dodawać.

Czy stosunki gruntowe wywierają jakiś szczególniejszy wpływ na szerzenie się duru, to mimo żmudnych poszukiwań Soyki i Beumera nie udało się dotąd wyświecić.

Również i na polu badań bakteryjologicznych nad wytłumaczeniem powikłań tyfusu zrobiono w ostatnich czasach parę ważniejszych odkryć, które nie omieszkają przyczynić się do wyjaśnienia niejednego zawikłanego pytania. Tak więc zdobycze higijeny pod względem etyjologii duru dużo zyskały przez poszukiwania nowsze, a chociaż zdobycze te nie mają jeszcze donośnego znaczenia w higijenie ludów, to przecież zawsze są one śmiałym pierwszym krokiem na téj trudnéj do zdobycia niwie i przepowiednią nowych odkryć, które niewątpliwie staną się źródłem korzystnych i praktycznych zastosowań tak pod względem profilaktycznym jak i leczniczym. (*Bakteriologische Studien zur Typhus-Aetiologie*, 1886).

Dr. Kopff.

Mc. Kee: **O małżeństwach pomiędzy krewnymi.**

Zapatrywanie, że małżeństwa pomiędzy krewnymi wywierają zgubny wpływ na potomstwo, jest nader rozpowsze-

chnione i bez wątpienia ogólnie przyjęte. Tém też więcéj ciekawości budzi praca Mc. Keea, który stara się dowieść, że to zapatrywanie nie jest usprawiedliwione. Opierając się na zestawieniach statystycznych, obejmujących nader liczne przypadki, wykazuje autor, że płonną jest obawa, jakoby potomstwa takich małżeństw miały być częściéj niż inne dotykane głuchoniemotą lub zboczeniami umysłowemi. W najodleglejszéj starożytności nie uchodziły wcale małżeństwa pomiędzy rodzeństwem za zabronione, dopiero zakon Mojżesza zabronił takich związków a prawo kanoniczne rozszerzyło ten zakaz na potomstwo rodzeństwa. Ostatni zakaz nie ma znaczenia w krajach zamieszkałych przez protestantów a spostrzeżenia autora dotyczą właśnie takich małżeństw pomiędzy dziećmi jednego rodzeństwa, t. j. pomiędzy stryjecznymi i ciotecznymi braćmi i siostrami.

W Anglii wynoszą takie małżeństwa 3% wszystkich innych, w Szkocyi $5\frac{1}{4}$%, a liczba idyjotów, głuchoniemych i innemi zboczeniami wrodzonemi dotkniętych potomków tych małżeństw nie jest wyższą nad 3—4% (Darwin). Z tych samych zestawień wynika, że płodność takich małżeństw nie jest wcale mniejszą niż innych, owszem okazuje się nawet nieco większą, w skutek czego też i śmiertelność potomstwa bywa nieco większą. Doświadczenie wykazało, że w odgraniczonych osadach, w których małżeństwa pomiędzy krewnymi zdarzają się od niepamiętnych czasów, małżeństwa niepłodne przydarzają się nader rzadko i wcale nie częściéj aniżeli wśród małżeństw pomiędzy niekrewnymi, a o idyjotyzmie, głuchoniemocie, wrodzonych zniekształtnieniach, barwikowém zwyrodnieniu siatkówki, albinizmie itd. wcale nie słychać. Dr. Seguin przytacza na przykład 10 małżeństw pomiędzy krewnymi w własnéj swojéj rodzinie i wykazuje, że na 61 dzieci tych małżeństw nie było ani jedno dotknięte wyliczonemi zboczeniami, żadne też z téj liczby nie umarło w wieku dziecięcym. Wykazy statystyczne z zakładów dla obłąkanych i idyjotów w Anglii, Szkocyi i Irlandyi zgadzają się z sobą w tém, że małżeństwa pomiędzy krewnymi nie przyczyniają się wcale do mnożenia kalek umysłowych, jeżeli tylko nie ma miejsca obciążenie dziedziczne. Całe szeregi cyfr, których tutaj wyliczać nie podobna, mają dowodzić słuszności zapatrywań autora, który w końcowych swoich wywodach przyznaje, że potomstwo dziedziczy zazwyczaj wady i cierpienia rodziców i że dziedziczenie to uwydatnia się bardziéj, jeżeli rodzice są pomiędzy sobą krewnymi, t. j. jeżeli ich wady lub cierpienia odziedziczone pochodzą z jednego wspólnego źródła. Czasem bywają te cierpienia ukrytemi i wychodzą na jaw dopiero w 3ciém lub dalszém pokoleniu stanowiąc niejako tajne dziedzictwo po dziadku lub pradziadku. Głuchoniemota, idyjotyzm, ślepota barw itd., zdarzające się pomiędzy członkami arystokracyi angielskiéj, w odgraniczonych wsiach Szkocyi i pomiędzy polskimi Żydami nie mają wspólnéj przyczyny w oczyszczeniu rasy, skutkiem którego doprowadzono w hodowli ras zwierzęcych do znakomitych rezultatów, lecz przyczyną ich bywa opilstwo, niechlujstwo i nędza i tym podobne czynniki działające zgubnie na ród ludzki. (*Med. Record N. York.* — *Irrenfreund*, 1886). *Dr. Schaitter.*

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 7 b. m. posiedzenie pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania, zdawano po kolei sprawę z wykonania uchwał na niém zapadłych. Rzecz dotyczącą mierzenia stanu wody gruntownéj w mieście odłożono do następnego posiedzenia. Rozbiór chemiczny wskazanych wód studziennych dowiódł, iż woda w gazowni miejskiéj jest bardzo zła, natomiast wytryskająca ze źródeł położonych za wałem fortecznym obok parku krakowskiego znakomita. Na wodę tę zwróciła już dawniéj swą uwagę komisyja choleryczna, r. m. Dr. Kohn wniósł przy téj sposobności, aby prócz rozbioru chemicznego badać wody także i pod względem bakteryjologicznym, ponieważ już kilka razy znaleziono w wodach gruntowych grzybki właściwe chorobom zakaźnym, mianowicie tyfusowi brzusznemu. W obec trudności naukowych i praktycznych uchwalono udać się w téj sprawie do prof. Browicza i Mikulicza, jako mających u siebie pracownie bakteryjologiczne. — Co do szczepienia ospy postanowiono rozpatrzeć się w dawniejszych krokach komisyi sanitarnéj w tym przedmiocie i udać następnie do Rady miejskiéj z odpowiedniemi wnioskami. Do tego wyznaczono podkomisyję z r. m. Domańskiego, Dra Ponikły i Dra Buszka. — W sprawie zanieczyszczenia powietrza w salach szkolnych gmachu św. Scholastyki odbyła się na miejscu podkomisyja, która uznała, iż jedyny sposób zaradzenia złemu polega na wentylacyi wychodków gazem. Gazownia miejska otrzymała polecenie sporządzenia odpowiednich na to planów i kosztorysów. — Dr. Korczyński zwrócił uwagę na potrzebę kontroli sanitarnéj nad osobami przybywającemi do ogrzewalń. Kontrola ta odbywa się o ile można. — W kilku zabranych przez władzę wódkach znaleziono anilinę, o czém doniesiono Sądowi celem ukarania szynkarzy. — Na wniosek Dra Korczyńskiego postanowiono zalecić lekarzom obwodowym, aby krowiankę do szczepienia na koszt miasta kupowali, ile można, w kraju. — Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w r. 1866. Ogółem umarło 2150 osób, o 538 mniéj niż w r. 1885. Szczególniéj zmniejszyła się śmiertelność z chorób zakaźnych, i tak gdy w r. 1885 zmarło z odry 137, z tyfusu brzusznego 45, z zapalenia płuc 527 osób, też same choroby pochłonęły w roku 1886 tylko 8, 27 i 341 osób, tak że rok 1886 policzyć można do nadzwyczaj pomyślnych. — Dr. Ponikło mówił przy téj sposobności, aby udać się do Władz rządowych o donoszenie o wybuchu chorób zakaźnych w tych wsiach okolicznych, zkąd odbywa się przywóz żywności, mianowicie mleka, do miasta celem zarządzenia stósownych środków ostrożności przeciw zawleczeniu chorób do Krakowa. Wniosek ten przyjęto. — R. m. Dr. Domański wniósł, aby miasto Kraków wzięło udział w wystawie higijenicznéj tego roku odbyć się mającéj w Warszawie i aby w téj mierze wypracować stósowne przedłożenie dla Rady miejskiéj. Wniosek ten przyjęto i wyznaczono do niego podkomisyję z wnioskodawcy, Dra Korczyńskiego, fizyka miejskiego Dra Buszka i inżynijera sanitarnego Świerzyńskiego. — R. m. Dr. Domański wniósł na podstawie rozbioru chemicznego wody studziennéj, aby przedstawić sekcyi ekonomicznéj Rady miejskiéj konieczność poprowadzenia projektowanego już w budżecie na rok bieżący kanału w ulicy Basztowéj tak, aby cała ta ulica mogła z niego korzystać. Wniosek ten dał powód do zasadniczéj i obszernéj dyskusyi, w któréj przyjęto tak wniosek pierwotny, jak również dodatkowy tegoż radcy miejskiego co do wypracowania mapy statystyczno-topograficznéj miasta Krakowa dla ważniejszych z osobna chorób zakaźnych celem zyskania umiejętnéj podstawy do dalszych robót asanizacyjnych. Przyjęto również wniosek Dra Korczyńskiego co do konieczności generalnego planu kanalizacyi miasta i co do ułożenia kolei, w jakiéj budować się powinno ze względów sanitarnych nowe kanały. Ten ostatni wniosek przekazano podkomisyi z r. m. Dra Pareńskiego, Dra Zarewicza i Dra Buszka.

* Cholera w Budapeszcie. Urząd lekarski stolicy węgierskiéj ogłasza, że podczas ostatniéj epidemii zachorowało osób 966, a mianowicie 415 wyrobników, 130 sług, 232 rękodzielników, 7 żołnierzy, 41 osób rozmaitego zawodu i 58 dzieci; umarła 499 czyli 51%.

○ Wole szkolne. Müller podaje, iż pośród 715 uczennic znalazł 81 (12%) dotkniętych wolem, z téj liczby jednak jedynie u 11 dosięgnęło wole znaczniejszych rozmiarów. Po największéj części u dotkniętych dziewcząt znalazł błednicę i zboczenia w miesiączkowaniu. W czasie przed egzaminami głównemi i w czasie postu zwiększały się wola, zmniejszały zaś w czasie wakacyj. U niektórych niemiesiączkujących jeszcze dziewcząt rozwinęło się duże wole w krótkim przeciągu czasu 2—3 miesięcy. Tuż po pojawieniu się pierwszéj miesiączki bardzo prędko zmniejszało się i zupełnie znikło. Co do leczenia to skuteczném się okazało

podawanie wewnętrzne roczczynu Fowlera, zewnętrzne zastosowanie maści z jodku potasu i zakaz ciasnych kołnierzy. (*Jahrbuch f. Kinderkrankheiten*).

○ W Anglii ustanowione będzie wkrótce Ministeryjum zdrowia publicznego. Pierwszym ministrem zostanie prawdopodobnie Dr. Ritchie.

○ W francuskiéj Izbie deputowanych przedłożono projekt do ustawy regulującéj wykonywanie praktyki lekarskiéj. Według tego projektu lekarze zagraniczni bez względu na narodowość mogą we Francyi praktykować jedynie po złożeniu obowiązkowych egzaminów ścisłych, w szczególnych przypadkach mogą być przyznane pewne ulgi, ale nigdy nie jest dozwoloném zupełne zwolnienie od egzaminów. Tak zw. *officiers de santé* mogą praktykować w całém terytoryjum francuskiém z wyjątkiem stolic departamentów i obwodów (*arondissements*) liczących nad 10.000. „Wielkie“ operacyje chirurgiczne i ginekologiczne mogą wykonywać jedynie w asystencyi Dr. med, wyjąwszy gdyby zwłoka była groźną. Jedynie Dr. med mogą być znawcami sądowymi. Praktykę dentystyczną mogą także jedynie doktorowie medycyny lub *officiers de santé* wykonywać; jedynie dla starszych dentystów istnieją przechodowe postanowienia ale nie wolno im znieczulać. Dyplomowane akuszerki mają prawo szczepić i powtórnie szczepić Nieprawne wykonywanie praktyki karane będzie grzywną od 100—500 fr. a w razie powtórzenia się grzywną podwójnéj wysokości lub więzieniem do roku. Nadawanie sobie tytułu doktora, pod co podciągnięto także używanie tytułu za granicą nabytego ale we Francyi nie potwierdzonego, karane będzie grzywną 1000—2000 fr. lub więzieniem do roku.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 13 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Górski przedstawił dziewczynkę z kliniki prof. Mikulicza z wrodzoną wadą języka, szczęki dolnéj i palców; następnie urzędnicy zdali sprawę z czynności całorocznych tak Towarzystwa jako i poszczególnych komisyj.

* Donoszą nam, że o opróżnioną posadę fizyka m. Lwowa ubiega się Dr. Obtułowicz, obecnie lekarz powiatowy w Buczaczu. Dr. Obtułowicz w swoim czasie był jednym z najznakomitszych uczniów szkoły naszéj głównéj i jako uczeń i młody lekarz napisał kilka rozpraw konkursowych, nagrodą uwieńczonych; późniéj pełnił obowiązki lekarza pomocniczego w oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w Krakowie, przez lat kilka był asystentem przy klinice chorób skórnych i wenerycznych, a złożywszy egzamin fizykacki z postępem celującym otrzymał posadę lekarza powiatowego zrazu w Turce, a późniéj w Buczaczu. Liczne a cenne jego prace umieszczane zostały głównie w tygodniku naszym, do którego najgorliwszych należy współpracowników. Nie wiemy, którzy koledzy ubiegają się o arcyważną posadę fizyka lwowskiego, ale sądzimy, że w każdym razie Dr. Obtułowicz, który bezsprzecznie zalicza się do najzdolniejszych lekarzy powiatowych w kraju, jest kandydatem nader poważnym, a powinszować tylko możnaby stolicy, gdyby lekarz téj kwalifikacyi zajął tę posadę.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

„Ponieważ nie pozwolono c. k. Zarządowi zdrojowemu prenumerować od 1 stycznia 1887 r. daléj Przeglądu Lekarskiego, upraszam zaniechać dalszéj ekspedycyi. C. k. Zarząd zdrojowy. Krynica 3/1 1887 (podp.) Sokołowski“.

Zawiadomienie to jest ciekawém. Wolno każdemu abonować pismo lub nie, ale co znaczy zakaz abonowania Przeglądu Lek., udzielony c. k. Zarządowi zdrojowemu, nie pojmujemy. Kto wykonywa cenzurę i kto w Krynicy pismo nasze umieścił na indeksie? Postaramy się na właściwéj drodze o wyjaśnienie téj zagadki.

* Spis autorów i przedmiotów zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lek., który wedle uchwały Tow. lek. i komisyi redakcyjnéj ma być udzielony bezpłatnie wszystkim prenumeratorom, jest na ukończeniu i zapewne jeszcze w ciągu miesiąca rozesłanym zostanie.

* Otrzymaliśmy Rocznik medycyny krajowéj wydany już po raz 9ty staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza w Warszawie. Rocznik ten, jak dotychczas, składa się z dwóch części. Część I. zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za 2ie półrocze 1885 r., a więc różni się od poprzedzających o tyle, że tamte obejmowały sprawozdania z roku całego, począwszy od 1 lipca do ostatniego września; tym razem szan. wydawca ogranicza się do pół roku, aby w roku przyszłym zdać sprawę z prac ogłoszonych w ciągu całego r. 1886. Sprawozdanie rozpada się na 9 działów, opracowanych przez pp. Jakowskiego, Dunina, Mączewskiego, Szteynera, Rogowicza (2 działy), Kamockiego, Zerę i Rybickiego. Na 98 prac, w streszczeniu podanych, przypada 49 na Gazetę Lekarską, 31 na Przegląd Lekarski, 16 na Medycynę a 2 na Pamiętnik Tow. lek. warsz. Redakcyja uprasza o nadsyłanie dzieł, rozpraw lub odbitek na ręce Dra Rogowicza (Warszawa, Nowogrodzka 26), co jest nader pożądaném, aby uniknąć pominięcia lub opóźnienia oceny prac poszczególnych. Część II jestto bardzo wygodny kalendarz lekarski, posiadający treść obfitą i wszystkie zalety podobnego wydawnictwa.

* Niestrudzony a język nasz dokładnie znający redaktor Časopisu lékařův českých zdaje w Nrze 2 dokładną sprawę z 6 rozpraw, umieszczonych w numerze jubileuszowym Przeglądu Lekarskiego, a w numerze tym ukończonych, a mianowicie z rozpraw koll. Sokołowskiego, Obalińskiego, Gluzińskiego, Lessera, Adamkiewicza i Kaczorowskiego.

* **Warszawa.** Towarzystwo lekarskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Gepnera, wiceprezesem Dra Rogowicza a sekretarzem dorocznym Dra Jakowskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** W miejsce ustępującego prof. okulistyki Blodiga Wydział lek. przedstawia trzech kandydatów w następującéj kolei: Beckera z Heidelberga, Eversbuscha z Erlangi i Sattlera z Pragi; pomija więc licznych a znakomitych okulistów austryjackich. — Na katedrę pedyjatryi ma być powołany Soltmann z Wrocławia; wreszcie prof. akuszeryi Helly niezadługo ma przejść w stan spoczynku. — **Bonn.** Prof. anatomii porównawczéj Leydig ustępuje z katedry. — **Petersburg.** Prof. Bergmann w Berlinie nie przyjął katedry opróżnionéj po Kołomninie; przedstawiono na tę katedrę docentów Belcowa i Pawłowa oraz prof. Kusmina z Moskwy. — Dr. Czyż habilitował się jako docent chorób nerwowych i umysłowych w Akademii lek. — **Praga czeska.** Dr. Weyl, asystent prof. Schöbla, habilitował się jako docent okulistyki a Dr. Kaufmann potwierdzony został jako docent chorób usznych w Wydziale czeskim. — **Wiedeń.** Prof. Mossetig-Moorhof mianowany został jeneralnym, lekarzem Zakonu niemieckiego. — **Budapeszt.** Dr. Tóth potwierdzony został jako docent farmakologii. — **Paryż.** W miejscu Sappeya mianowany prof. anatomii opisowéj Farabeuf, a miejsce prof. fizyki Gavarreta zajął Gariel. — **Bern.** Prof. pedyjatryi Demme mianowany został zwyczajnym prof. farmakologii.

* **Mianowania.** Prędzéj aniżeli się spodziewano załatwioną została sprawa obsadzenia katedry okulistycznéj w Gracu. Ustępujący prof. Blodig otrzymał tytuł radcy rządowego, a katedrę jego otrzymał prof. Izydor Schnabel w Insbruku.

* **Nekrologija.** W Leydzie umarł prof. akuszeryi Szymon Thomas w 66 roku życia. Był on pierwszym, który zwrócił uwagę na możność ujścia powietrza z płuc noworodka, który oddychał. — W Utyce, w Ameryce półn., umarł psychijatryk Dr. Gray.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 2: Hoyera: O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasorzytniczém pochodzeniu chorób zakaźnych (dok.); Szadka: Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych; Dunina: Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującéj (dok.). — W *Medycynie* Nr. 2: Jaworskiego: Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki (z kliniki prof. Korczyńskiego) (dok.); Stankiewicza: Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego (c. d.).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Ś. w Sk. Serdecznie dziękujemy i prosimy o więcéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Na posadę lekarza sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym w Jaśle z roczną płacą 300 złr. i wolném pomieszkaniem w budynku szpitalnym.

PP. Kompetenci wszech nauk lekarskich zechcą podania swe wnieść na ręce burmistrza w terminie do ostatniego Stycznia 1877.

Jasło dnia 3go Stycznia 1887.

Burmistrz
Metziger.

STARANIEM

Wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów. M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 75 c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopatologija Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) Dra Ż. Krówczyńskiego ze Lwowa. **Syfilidologija** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 złr.

8) Dra Stanisława Smoleńskiego, kierownika Zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku. **Hydroterapija.** Dzieło oryginalne Kraków 1884. Cena 1 złr. 85 ct.

9) Dra Alfreda Obalińskiego, Profesora Uniw. Jagiell. w Krakowie. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich** Kraków 1886. Cena 1 złr. 80 ct.

10) Dra Tadeusza Żulińskiego. **Higijena szkolna.** Wydanie pośmiertne, do druku przygotowane i uzupełnione przez Dra Kazimierza Grabowskiego, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Kraków 1886. Cena 1 złr. 60 cnt.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, jakoteż w Redakcyi Medycyny w Warszawie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 22 Stycznia 1887. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Zator tętnicy wieńcowéj serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

Prof. Dra Korczyńskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

W dniu 20/6 o godz. $8\frac{3}{4}$ z rana zmienił się nagle stan choréj w chwili, gdy odwrócony twarzą od choréj wykładałem przy sąsiedniém łóżku. Chora dotąd spokojnie w łóżku siedząca wydała nagle okrzyk bólu, chwyciła się ręką za okolicę serca, i bezwładnie upadła na swe posłanie. Przyszedłszy natychmiast do choréj, spostrzegłem przedewszystkiem, że jest przytomną, że nie oddycha ani częściéj, ani bardziéj nasilonym sposobem niż zazwyczaj, że na twarzy nie okazuje ani sinicy ani bladości, tylko niepokój, jaki spostrzega się u chorych w napadzie stenokardyi. Zapytana, co jéj się stało, chwyta ręką za okolicę serca i podaje, że nagle doznała gwałtownego bólu w głębi klatki piersiowéj. Zadawszy choréj to pytanie, ująłem bezwiednie prawie jéj rękę i spostrzegłem, że tętno stało się bardzo rzadkiém, nie tracąc zupełnie na miarowości. Wynosiło ono 40 uderzeń na minutę i co do innych cech przedstawiało się tak, jak zazwyczaj poprzednio. Nie tracąc więcéj czasu, niż potrzeba na demonstrowanie kliniczne dotychczas spostrzeganych objawów, zabrałem się przedewszystkiem do zbadania serca. Uderzenie końca serca niezmienione ani co do siły, ani miejsca, gdzie je poprzednie badanie wykazywało. Stłumienie serca tylko ku wierzchołkowi zwiększone, tak że odgłos stłumiony rozpoczyna się już na 3ciém żebrze, w poprzek zaś nie dochodzi do linii środkowéj ciała. Osłuchiwanie stwierdza przedewszystkiem osłabienie szmerów nad aortą, przy utrzymanych tonach nad tętnicą płucną i nad prawą komórką i zniknięcie zupełne tonu skurczowego nad uderzeniem serca, gdzie słyszeć się dał tylko słaby szmer rozkurczowy. Gdym skończył osłuchiwanie i zdał uczniom sprawę ze spostrzeżonych objawów, zauważyłem, że twarz choréj zbladła, że źrenice się rozszerzyły a chora zaczęła tracić przytomność. Tętno w tym czasie wynosiło 32 na minutę i było słabsze; oddech nie więcéj niż poprzednio przyspieszony, ciepłota ciała widocznie obniżona, a skóra przy tem wilgotna. Po krótkiéj chwili twarz zaczęła sinieć, chora straciła przytomność, w twarzy i odnogach pojawiły się jakby kurczowe ruchy, a liczba tętna opadła na 24. Trzymając ciągle za tętno choréj, ledwie zabrałem się do objaśnienia powyż wymienionych objawów, gdy spostrzegłem, że tętno coraz bardziéj słabnie. Zaledwie zdołałem wypukać wymiar poprzeczny serca, przyczem znalazłem, że takowy się nie powiększył i przyłożyć stetoskop do okolicy serca, zanim mogłem serce należycie osłuchać, chora wykonała kilka głębokich ruchów oddechowych, którym wcale nie towarzyszyły rzężenia tchawicowe, i siniejąc bardziéj na twarzy, żyć przestała.

Całe to zajście trwać mogło nie więcéj nad 8—10 minut, tak że rozpoczęte wśród badania rozpoznanie ukończyłem stojąc już przy zwłokach choréj.

Nie trudno mi było udowodnić, że przyczyną całego zajścia jest upośledzenie czynności serca. Za tém przemawiała rozpoznana już poprzednio wada sercowa, nagły ból w okolicy serca i nagłe opadnięcie ilości tętna przeszło o połowę niespełna przed 2 godzinami stwierdzonéj częstości, obok braku wszelkich zmian tak w częstości, jakotéż w nasileniu ruchów oddechowych.

Niezwykły zbieg innych okoliczności ułatwił mi rozpoznanie właściwéj przyczyny anatomicznéj porażenia serca, jakie rozpoczęło się i zakończyło w moich oczach i w przytomności całego audytoryjum klinicznego. Rozpoznałem wprost zator tętnicy wieńcowéj serca. Nagły ból w okolicy serca, tak silny, że chorą siedzącą na łóżku powalił na łóżko i zmiana w rysach twarzy podobna do téj, jaką spostrzega się w napadach stenokardyi, zwrócił uwagę przedewszystkiem na tętnice wieńcowe serca. Dla braku miażdżycy w tętnicach obwodowych i dla braku napadów dusznicy lub stenokardyi

w całym dotychczasowym przebiegu choroby, jak niemniéj dla wieku młodego choréj można było wykluczyć miażdżycę tychże tętnic. Dla zakrzepu zdawały się nie istnieć warunki powstania, gdyż sprawa cała odegrała się nagle bez jakichkolwiek zwiastunów, natomiast dla zatoru zdawała się istnieć podstawa w rozpoznaném zapaleniu śródsierdzia i zawale krwawym śledziony, w następstwie téj sprawy powstałym. Obraz choroby odpowiadał zresztą doświadczeniom nad zamknięciem tętnic wieńcowych serca, dokonanym w tych czasach przez Samuelsona i Cohnheima wspólnie z Schulthess-Rechbergiem, które świeżo tkwiły mi w pamięci.

Rozpoznawszy jednak w sposób tak śmiały, w jaki dotychczas nikt za życia nie rozpoznawał, musiałem wykluczyć przedewszystkiem wszystkie inne zboczenia, któreby tak nagłe porażenie serca za sobą pociągnąć mogły. Tu należały przedewszystkiem:

1) Zator tętnicy płucnéj. Dla zatoru pnia tętnicy téj brakowało obecności skrzepu w żyłach obwodowych; skrzepów znaczniejszych w komórce prawéj nie można było przypuścić, albowiem komórka ta nie rozszerzała się wcale w ostatnich dniach obserwacyi, a nadto brakowało szmeru skurczowego nad tętnicą płucną, który zauważył Litten w przypadkach zatoru pnia téjże tętnicy, jeżeli takowy nie odrazu zatkał całą tętnicę. Zator mniejszych gałęzi tętnicy płucnéj, który rozwija się przy osłabioném już poprzednio sercu, obok krwioplucia pociąga za sobą osłabienie lewéj komórki (słabe tętno, objawy niedokrwistości mózgu) a zarazem osłabienie prawéj komórki, rychło powstające powiększenie wymiaru poprzecznego serca, których to objawów tu nie było, a zresztą jest przyczyną nagłej śmierci tylko wtedy, jeżeli serce już poprzednio było do tego stopnia osłabione, że istniały już wybitne bardzo objawy niekompenzacyi.

2. Pęknięcie serca skutkiem tętniaka sercowego lub ostrego rozmiękczenia mięśnia sercowego, lub też pęknięcie aorty bądź w obrębie worka sercowego, bądź po za takowym. Przeciwko temu przemawiał brak objawów ostréj niedokrwistości, jaką się w tych przypadkach zawsze zauważa, jak niemniéj brak rozdęcia worka sercowego, któreby się przedewszystkiem objawić musiało rozszerzeniem znaczném stłumienia w wymiarze poprzecznym serca.

3. Porażenie serca skutkiem stłuszczenia, otłuszczenia, lub zwyrodnienia włóknistego. Takowe przydarza się wtedy dopiero, gdy pobudliwość mięśnia sercowego jest już wyczerpana i gdy istnieją już wybitne objawy niedomogi i znużenia mięśnia sercowego w postaci ogólnéj opuchliny, częstego nieniarowego i słabego tętna, którychto objawów nie było wcale u choréj, nieokazującéj nawet śladów jakiejkolwiek opuchliny.

4. Nagła śmierć w przebiegu zapalenia wypocinowego opłucny, któréj przyczyny tak dokładnie zbadał Leichtenstern (*Deutsches Arch. f. kl. Med.* I. 25. str. 325). Można ją było wykluczyć, albowiem wypocina nie była znaczna, nie przesuwała narządów sąsiednich, a przedewszystkiem serca, nie wywoływała poprzednio omdlewań, a chora nie wykonywała żadnych ruchów, lecz spokojnie siedziała w łóżku.

Wykluczywszy w ten sposób wszystkie inne przyczyny śmierci nagłéj, sądziłem, że jestem upoważniony do rozpoznania zatoru tętnicy wieńcowéj, a to tém bardziéj, że za tém przemawiały jeszcze: zniknięcie pierwszego tonu nad lewą komórką obok niezmienionych tonów nad komórką prawą i nad tętnicą płucną i powiększenie się stłumienia serca ku jego wierzchołkowi, co odpowiadało rozdęciu lewego przedsionka. Mimo to nie bez pewnego wzruszenia, wywołanego niepewnością, czy sprawdzi się moje rozpoznanie, oczekiwałem nekroskopii.

Sekcyja, wykonana nazajutrz w Zakładzie anat.-pat. prof. Dra Browicza wykazała: *Endocarditis chronica deformans valvularum semilunarium aortae subs. stenosi et insufficientia ostii arteriosi sinistri. Hypertrophia excentrica cordis sinistri. Myocarditis fibrosa disseminata, probabiliter embolica et degeneratio adiposa musculi cordis. Embolia recens rami arteriae coronariae cordis sinistrae ad marginem posteriorem ventriculi sinistri. Pleuritis fibrosa dextra. Residua serosa pleuritidis sinistrae. (Hydrothorax sinister?) Atelectasis e compressione marginis inferioris pulmonis sinistri. Oedema levioris gradus pulmonis utriusque. Oedema laryngis detumescens. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis et renum. Infarctus embolici recentes renum et lienis, infarctum obsoletum praestantes.* Protokół sekcyjny opiewa jak następuje:

Skóra blada, w tylnéj części tułowia i odnóg plamy sine, rozlane, rozległe. Podściółka tłuszczowa dość dobrze utrzymana. Puchliny podskórnéj nawet na stopach nie znaleziono. Czaszka i opona twarda prawidłowe. Naczynia żylne opon silniej krwią wypełnione. Naczynia tętnicze na podstawie mózgu prawidłowe. Naczynia żylne w mózgu krwią wypełnione. Zresztą mózg, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. Błona śluzowa gardzieli nieco mocniéj zaczerwieniona. Błona śluzowa wejścia do krtani, a zwłaszcza po tylnéj zewnętrznéj stronie téjże, pomarszczona. Błona śluzowa wnętrza krtani blada, gładka, tchawica prawidłowa.

Płuco prawe z małemi wyjątkami prawie na całéj swéj powierzchni zrośnięte ze ścianami klatki piersiowéj i workiem sercowym błonami włóknistemi, jednak dość wiotkiemi. W tylnych częściach worka opłucnowego téj strony znajduje się tylko nieznaczna ilość cieczy pomiędzy błonami wrzekomemi. Zresztą na opłucnie świeżych zmian zapalnych nigdzie nie widać, podobnie jak i po stronie lewéj, gdzie płuco tylko nieznacznie przedstawia zrosty a natomiast wolno pływa pośród obficie nagromadzonéj cieczy, cechy surowiczéj. Widocznie jest tylko na opłucnie płuc, zwłaszcza w częściach tylnych i dolnych, lekkie, rozpierzchłe, mleczne zabarwienie i dość liczne, ciemno brunatne plamy barwikowe. Świeżych plam wybroczynowych nie widać. Płuco prawe we wszystkich swych częściach jest powietrzne, elastyczne. Na przekroju części tylne płuca prawego są miernie przekrwione a z powierzchni przekroju wycisnąć można wszędzie mierną ilość cieczy, drobno pienistej, surowiczej, tylko lekko krwawo zabarwionej. Nigdzie konsystencya miąższu płucnego nie jest zmniejszona, owszem, miąższ płucny w dotyku sprawia wrażenie zwłaszcza w płacie górnym jakby był ze zbitej, gęściejszéj tkaniny złożonym. Miąższ płuca lewego z wyjątkiem niezbyt szerokiego pasu przybrzeżnego płatu dolnego, gdzie płuco okazuje zmniejszoną objętość, powierzchnię ciemno-siną, pomarszczoną, miąższ bezpowietrzny, ciemnoczerwony, łykowaty, zachowuje się jak miąższ płuca prawego. W oskrzelach obu płuc nie znaleziono obfitszéj wydzieliny. Z żył wylewa się obfita, ciemna, płynna krew.

W worku osierdziowym nieco zwiększona ilość cieczy, cechy surowiczéj, lekko krwawo zabarwionej. Oprócz kilku pomniejszych plam mlecznych na osierdziu sercowém widać nadto na załamku osierdzia około przedsionków i początków pni naczyniowych liczne strzępiaste włókienka i nitki tkanki łącznéj, pomiędzy blaszkami osierdzia w tych miejscach rozpiętéj. Serce znacznie powiększone i to głównie w swéj połowie lewéj. Po odcięciu worka osierdziowego i naczyń ważone okazało ciężar 493 gr. Serce całe jest przytem rozkurczone i wiotkie. Przy oglądaniu zewnętrzném zauważono na początku téj gałęzi tętnicy wieńcowéj serca lewéj, która przebiega na lewym brzegu komórki lewéj, ograniczone zgrubienie, sino-czerwono przeświecające, które przy dalszém badaniu i po rozcięciu naczynia, zresztą tak jak i reszta pni i rozgałęzień tętnic wieńcowych prawidłowego, okazało się jako cząstka skrzepu brunatno-czerwonego, kruchego, wielkości ziarna jęczmienia, tkwiąca luźnie w świetle téj gałęzi tętniczej, zresztą tak jak i inne zupełnie próżnej, na wewnętrznych ścianach gładkiej. Po-

kład tłuszczowy po nad komórką prawą dość znacznie rozwinięty. Grubość mięśnia sercowego komórki prawej w ujściu tętniczém wynosi średnio 5 milimtr., w innych miejscach 2—8 mm. Grubość ścian komórki lewej wynosi średnio 20 mm. Komórka ta jest przytem widocznie rozszerzona. W jamach sercowych nie ma znaczniejszych ilości skrzepów, a te, które znaleziono, głównie w komórce i przedsionku prawym, były świeże. Zastawki dwu i trójkończyste zupełnie prawidłowe. Zastawki półksiężycowe tętnicy płucnéj z dwóch dużych wentylów, przedniego i tylnego, cienkich, podatnych, obszernych, złożone. Natomiast zastawki aorty przedstawiają bardzo znaczny stopień zwyrodnienia i zniekształtnienia: są guzowate, w znacznej części zwapniałe, obłożone kruchemi, łatwo odrywającemi się i brodawkowatemi wybujałościami, tak że ujście tętnicze lewe jest wyraźnie zwężone, jakkolwiek jeszcze koniec palca wskazującego przezeń przechodzi; zarazem ujście to z powodu niepodatności a jeszcze więcej z powodu skurczenia i skrócenia się zastawek, jest niedomykalne. Mięsień sercowy w obszarze odpowiadającym zaczopowanei gałęzi tętnicy wieńcowéj nie okazuje świeżych wyraźnych zmian, natomiast na jego przekroju widać liczne mniejsze ogniska tkanki białej, bliznowatéj, najliczniejsze i największe w ścianach komórki lewej, a obok tego ogniska drobne, więcej czerwonawo zabarwione, gdy tło samego mięśnia jest więcej blado żółtawe. Także i mięśnie brodawkowe, zwłaszcza komórki lewej, okazują znaczniejszy stopień zwyrodnienia bliznowatego. Mięsień sercowy, pominąwszy ogniska bliznowate, jest wyraźnie kruchszy. (*Dok. nast.*)

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

I.

Trzy przypadki trepanacyi wyrostka sutkowego kości skroniowéj.

Przypadek 1szy. Stanisław Winiarz ze Lwowa, liczący lat 6, uderzony został w sierpniu 1885 r. piłką sprężystą spadającą ze znacznéj wysokości w ucho prawe, poczém zaczął doznawać silnego bólu głowy, wymiotów i bezsenności przez dni kilka, późniéj ból głowy i bezsenność występowały tylko czasami, chory jednak sypiał niespokojnie i zrywał się w łóżku; równocześnie zauważano pogorszenie słuchu w przeciągu kilku dni, chory stał się przytem smutnym i złośliwym. W grudniu 1885 r. wystąpił wśród rwącego bólu i porażenia prawego lica czerwony obrzęk wielkości jaja kurzego za témże uchem, a po pęknięciu tegoż otwór dotąd pozostał. Z wystąpieniem obrzęku za uchem słuch jeszcze bardziéj pogorszył się.

Badanie: Chłopczyk anemiczny, o wyrazie twarzy zołzowym; gdy śmieje się lub płacze, wpada w oko porażenie n. twarzowego prawego; poniżéj małżowiny usznéj lewéj ropień zimny. W odległości 2 cm. od tylnego brzegu mocno odstającéj muszli usznéj prawéj wrzód o wiotkich ziarninach wielkości pół centa, w który wprowadzony zgłębnik wchodzi w jamę otoczoną kością chropawą; w przewodzie usznym prawym polip; wypływ ropny z tegoż przewodu; chory słyszy uchem prawém głos zwyczajny na odległość 1 metra, również uchem lewém; zastósowanie sposobu Politzera obustronnie poprawia słuch tylko w uchu lewém do percepcyi zwyczajnego głosu tylko na 4 metry (?); w uchu prawém po tym zabiegu słuch nie poprawił się. Rozpoznanie brzmiało: *Caries (et necrosis?) proc. mastoid. dextr. post trauma subsequente otitide med. dextr. suppurat. Polypi cavi tympani dextr.* Zalecono ojcu dziecka poddanie tegoż operacyi, którą przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem 1 maja 1886.

Po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem w narkozie chloroformowéj cięcie w odległości 1 cm. za brzegiem przyczepienia muszli usznéj prawéj równoległe do tegoż brzegu około 5 cm. długie do kości drążące (cięcie Wildego). Wyważono okostnę po obu brzegach cięcia za pomocą elewatora i przekonawszy się zgłębnikiem, że granulacyje wspólniczą z uchem środkowém, po usunięciu blaszki zewnętrznéj czaszki nekrotycznéj usunięto łyżeczką Volkmanna obfite granulacyje w ubytku kostnym i oddłutowano brzegi chropowatéj kości wyrostka sutkowego w kierunku ku dołowi i wewnątrz; ubytek ztąd powstały miał kształt lejkowaty, był około 2 cm. głęboki i łączył się przytem z jamą bębenkową, z któréj również przez przewód słuchowy zewnętrzny łyżeczką Volkmanna usunięto granulacyje. Krwawienie z kości było mierne; w ranie u góry i dołu założono po jednym szwie; po wystrzykaniu jéj sublimatem wsunięto średniej grubości dren nawskróś przez przewód słuchowy zewnętrzny, na to opatrunek z gazy jodoformowéj. Polecono spokój, dyjetę ścisłą i w razie braku wypróżnienia *ol. Ricini*

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał z początku nic szczególnego; w 2 dni po operacyi wydobyto szwy. Opatrunek zmieniono 7 i 22 Maja i 2 Czerwca. Od ostatnich dni Maja użalał się chory na ból głowy; 7 Maja przy zmianie opatrunku na szczycie jamy wypełnionej wiotkiemi ziarninami w wysokości zewnętrznego przewodu słuchowego widać wśród granulacyj obumarłą obnażoną kość na przestrzeni $^{3}/_{4}$ cm.; chory od 10—14 czerwca nieco niespokojniejszy użala się na ból głowy w miejscu rany; przy następnéj zmianie opatrunku 14 czerwca, nie widząc dążności do pokrycia się granulacyjami obnażonéj blaszki kostnéj, zachloroformowałem chorego, wydobyłem łyżeczką Volkmanna blaszkę tę odpowiadającą wewnętrznéj blaszce czaszki $1^{1}/_{4}$ cm. długą, a $^{1}/_{2}$ cm. szeroką i wyskrobałem ostrożnie w głąb drążące granulacyje, przyczém zauważałem masę białawą, którą podejrzywałem jako istotę mózgową; natychmiast prawie wypuklila się z dna ubytku w kości biaława istota podobna do mózgowéj; palcem wprowadzonym w otwór ten stwierdziłem tętnienie i wszedłem w jamę wypełnioną masą sprężystą, czyniącą przy dotyku wrażenie istoty mózgowéj; za pomocą wzroku można było stwierdzić również tętnienie téj istoty. Dość obfite broczenie krwi wstrzymano tamponikami z gazy jodoformowéj, któremi téż po wystrzykaniu rany roztworem sublimatu (1: 1000) i wdmuchaniu proszku jodoformowego ją wytamponowano; opatrunek jodoformowy uciskowy. Polecono choremu przez dni kilka pozostać w łóżku i zachować zupełny spokój i ścisłą dyjetę. Granulacyje wydobyte przedstawiały bryłki białe podobne do istoty mózgowéj dla tego zachowano je i zbadano w pracowni anatomicznéj prof. Kadyjego. Wśród gęstéj sieci włókien neuroglii liczne komórki trójkątne drobne, nadto drobne nieregularnie ukształtowane komórki zwojowe — obraz odpowiadający zewnętrznéj warstwie kory mózgowéj Schwalbego, a mianowicie warstwie jéj głębszéj: małych komórek piramidalnych.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic nieprawidłowego, tętno tylko w pierwszych dniach po tym zabiegu było nieco przyspieszoném. Opatrywano ranę co tydzień, podczas ostatnich opatrunków tuszowano granulacyje kamieniem piekielnym i po 14 opatrunkach następnych rana zabliźniła się, pozostawiając dość głęboki dołek w kości.

Przypadek 2gi dotyczył 22-letniego urzędnika kolejowego Pana B., który zgłosił się do mnie 10 sierpnia

z obrzękiem za uchem lewém użalając się na silny ból głowy, bezsenność zupełną od 3 tygodni w następstwie cieczenia z ucha lewego i częstego krwawienia. Za wysadzoną muszlą uszną lewą znajdował się dość znaczny płaski zaczerwieniony obrzęk, na którego szczycie był wrzód granulujący wielkości główki od szpilki. Badanie przewodu usznego wykazało tamże polipa wśród obficie wypływającéj ropy. Rozpoznano ropień w wyrostku sutkowym w następstwie zapalenia ropnego ucha środkowego i polecono bezzwłoczne poddanie się operacyi. Wykonano ją dopiero 21 sierpnia. Postępowano zupełnie w ten sam spoósób, jak w pierwszym przypadku, cięcie jednak musiano przedłużyć ku górze do długości 7 cm., gdyż ognisko zawierające sekwester wypełnione serowatą, zagęszczoną ropą sięgało tu bardzo wysoko; w skutek tego przy dłutowaniu musiano być bardzo ostrożnym z powodu niebezpieczeństwa nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Ubytek kostny stanowił lejek przeszło 2 cm. głęboki, spólniczący z jamą bębenkową, który na wskróś przedrenowano; ranę zespojono szwem kuśnierskim. 4go dnia po operacyi rana zgoiła się *per primam* aż do miejsca drenu, wyjęto szwy, 7go dnia zaś usunięto dren; przy 3cim opatrunku rana zupełnie zabliźniona. Chory od dnia operacyi sypia spokojnie, ból i zawrót głowy ustąpił zupełnie.

Przypadek 3ci. Rachela Schwarzowa z Bolechowa l. 19 od 3 miesięcy cierpi na cieczenie z ucha lewego od 3 tygodni zaś na silne bóle w głowie osobliwie w tyłogłowiu i uchu lewém i na bezsenność; równocześnie z wystąpieniem bólów głowy powstał obrzęk bolesny za uchem lewém. Ból głowy występuje w napadach w kilkuminutowych odstępach; nadto chora w ostatnich dniach kilka razy dziennie wymiotuje; od dwóch dni zauważano porażenie prawéj połowy twarzy. Chora znajduje się w 6 miesiącu ciąży. Badanie wykazuje u mocno wychudłéj anemicznéj kobiety obrzęk płaski okolicy wyrostka sutkowego lewego wielkości i kształtu muszli stawowéj; skóra na tymże lekko obrzękła, blada; wyraźne chełbotanie obrzęku; z zewnętrznego przewodu słuchowego ciecze sporemi kroplami ustawicznie ropa mocno cuchnąca zmięszana z brunatnawą posoką; perkusyja kości skroniowéj zwiększa ból. Dla silnych bólów zaniechano badania za pomocą wziernika i zgłębnika. Objawy te przemawiały za rozpoznaniem: *caries (et necrosis?) proc. mastoid. sin. ex ostitide media chron. suppurativa.* Polecono natychmiastowe poddanie się operacyi, którą 17 października przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem. W narkozie chloroformowéj oględnie bardzo stósowanéj cięciem Wildego, otwarto ropień, za pomocą raspatora obnażono kość od przodu i tyłu cięcia i wnet odkryto ognisko wielkości orzecha tureckiego, wypełnione granulacyjami, które łyżką Volkmanna usunięto; następnie z łatwością z miejsca tego wprowadzono zgłębnik kanałem drążącym do ucha środkowego, oddłutowano ściany tego kanału wypełnionego granulacyjami i w głębi natrafiono na obumarłą kość, którą wydobyto; okazała ona się przy dokładniejszém badaniu i porównaniu z preparatami anatomicznemi, jako wewnętrzna blaszka czaszki, a mianowicie, jako ściana zatoki poprzecznéj. Po dokładném usunięciu błon wrzekomych ropnia za pomocą zakrzywionych nożyczek założono gruby dren w dolny kąt rany, którą opylono jodoformem i zespojono szwem węzełkowym; wprowadzono gazę jodoformową do zewnętrznego przewodu słuchowego i nałożono na ranę szczelny opatrunek jodoformowy.

Po kilkakrotnym opatrunku chora opuściła Lwów 16/11, a Dr. Podłuski doniósł mi wkrótce z Bolechowa, że rana w kilka dni potem, po kilkakrotném zastósowaniu maści lapisowéj, zupełnie zabliźniła się, a wydzielina z ucha zmniejsza się widocznie pod wpływem przestrzykiwań z roztczynu borogliceridu i wdmuchiwań do ucha kwasu borowego.

Przypadek pierwszy zasługuje na szczególne uwzględnienienie z powodu zajęcia sprawą chorobową kory mózgowéj, na co mamy niezbite dowody w preparatach anatomicznych; bardzo ciekawém zjawiskiem jest brak w obec tego objawów zapalenia opon mózgowych; przypadki podobne nie są mi znane. Etyjologija pierwszego przypadku jest również bardzo ciekawą; uraz dał powód do próchnienia wyrostka sutkowego, a w następstwie wywołał ropienie i przebicie ku jamie bębenkowéj. Ciekawém także jest następowe porażenie n. twarzowego powstałe prawdopodobnie w skutek arozyi kanału Fallopii; być może, że przyszło tu także równocześnie do arozyi kanału *semicircularis extern.* i ropienia w błędniku, jak to nam tłumaczy równoczesne znaczne upośledzenie słuchu. Upośledzenie słuchu w uchu prawém zauważano dopiero w kilka dni po urazie; czy nie wystąpiło ono zaraz po urazie, trudno sprawdzić; w ostatnim razie należałoby je sobie tłumaczyć uszkodzeniem nerwu słuchowego podczas urazu; upośledzenie słuchu w drugiém uchu odnieść należy albo do działania samego urazu, albo do zwyrodnienia na drodze sympatycznéj. Poszukiwanie w wyskrobanych granulacyjach laseczników gruźliczych, których pomimo skrzętnych poszukiwań Schwartzego nie udało mu się w żadnym przypadku wykazać, dało i naszym pomimo wielokrotnych poszukiwań, wynik ujemny. W nowszych czasach udało się Kretschmannowi wykazanie laseczników gruźliczych w granulacyjach pochodzących z pruchniejącego wyrostka sutkowego. Drugi przypadek był powiklany rozległością sprawy chorobowéj ku górze, przez co znacznem było niebezpieczeństwo, nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Sekwester wydobyty w przypadku 3cim przedstawia blaszkę kostną rynienkowato zagłębioną, odpowiadającą zupełnie zatoce esowatéj, brak znaczniejszego krwotoku przemawia za tém, że zatoka poprzeczna nie została otwartą; prawdopodobnie przyszło tu do zgrubienia ścian zatoki, które uchroniło zatokę od uszkodzenia podczas operacyi. Że pomimo otwarcia zatoki wyleczenie nastąpić może, za tém przemawiają spostrzeżenia kazuistyczne (por.: Schwartze l. c. *pag. 323*; *Guye Rep. of the Brit. med. Association 1881*).

Co się tyczy leczenia następowego to zastósowaliśmy we wszystkich 3 przypadkach ścisły opatrunek antyseptyczny jodoformowy i uważamy to postępowanie jako odpowiadające nowoczesnym wymogom chirurgii antyseptycznéj w przeciwstawieniu do poleconych przez Schwartzego częstych irygacyj roztczynem solnym $^3/_4$ % z dodatkiem 1% karbolu za pomocą klysopompy! Powolne gojenie się pierwszego przypadku odnieść musimy do obecności skazy zołzowéj [1].

III. Prosty sposób leczenia lekkich zniekształceń kolana u dzieci.

Podał
Prof. Dr. Obaliński.

Celem ominięcia trudnego nieraz a prawie zawsze przy-

[1] Wszystkie trzy przypadki przedstawiłem na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Towarz. lekarskiego gal., jak również razem z prof. Dr. Kadyiem preparaty drobnowidowe z 1 przypadku

krego leczenia ortopedycznego, czy to za pomocą dwudzielnego opatrunku gipsowego, czy też przyrządów stalowych, postanowił Landerer (*Archiv f. klin. Chir.* t. XXXII. 2.) wypróbować w kilkunastu przypadkach koślawego kolana (*genu valgum*) u dzieci całkiem prostego przyrządu elastycznego działającego, po stronie wewnętrznéj odnogi dolnéj. Skład jego i sposób użycia są następujące: Dwa kawałki plastru lepiącego (jeden z nich nieco szerszy niż obwód uda, drugi zaś niż obwód podudzia, obydwa 10—12 cm. długości) łączymy za pomocą taśmy elastycznéj mocnéj, 4—5 cm. szerokiéj a 15—20 cm. długiéj, przyszywając jéj końce do środka obu plastrów tak, że pomiędzy niemi zostaje 3—5 cm. wolnéj taśmy. Dla wzmocnienia działania plastrów nacinamy obydwa po obu bokach a następnie przylepiamy tak, że środek plastru szerszego przypada po wewnętrznéj stronie uda i nieco ku tyłowi, podczas gdy środek plastru węższego przypadnie po wewnętrznéj stronie podudzia i nieco ku przodowi a ztąd wypadnie kierunek taśmy od tyłu i góry ku dołowi i przodowi. Jeżeli więc taśmę podczas nakładania opatrunku dobrześmy naciągnęli, to działanie jéj jest jasne: kłykcie wewnętrzne doznają znaczniejszego ucisku, zewnętrzne zaś pozbawiają się go, przez to kąt między udem a podudziem ku zewnątrz otwarty staje się większym o 5 do 15 stopni tak, że koślawe kolano mniejszego stopnia odrazu się prostuje. Nadto opisany ów kierunek taśmy przywraca równocześnie odwrócone zazwyczaj w takich razach na zewnątrz podudzie.

Landerer podaje, że tym sposobem wyleczył przypadki najlżejsze (165°) w 4—6 tygodniach pod dwoma opatrunkami; cięższe zaś (145°—155°) potrzebowały 4—5 opatrunków w przeciągu dwóch do trzech miesięcy; leczenie najcięższych przeciągnęło się aż do trzech kwartałów. Przytém zwraca on uwagę, aby między zwojami plastrów nie wypuklała się skóra, gdyż przez to powstają łatwo otarcia i zapalenia téjże.

Jakkolwiek opis ten pojawił się w literaturze jeszcze przed dwoma laty, nie zwróciłem przypadkiem nań uwagi aż obecnie a przyznając wielkie korzyści temu postępowaniu, wynikające osobliwie z ułatwionego stósowania metody ortopedycznéj w codziennéj praktyce lekarskiéj nawet tam, gdzie nie ma pod ręką bandażystów lub nie ma ich czém opłacić, nie mogę zataić pewnéj niedogody już z góry przewidzieć się dającéj i o któréj już sam autor mimochodem wspomina, t. j. że do utwierdzenia taśmy, rozwijającéj działanie przez tyle tygodni a nawet miesięcy, potrzeba plastrów.

Kto z lekarzy kiedykolwiek stósował w celach ortopedycznych lub nawet w innych plastry lepiące przez dłuższy czas ten potrafi ocenić całą ztąd wynikającą niedogodę, ten wie, że skóra podlegnie w krótkim czasie otarciu albo wypryskowi, oraz wie, jak trudno utrzymać plastry takie w jednéj pozycyi, osobliwie na odnodze mającéj kształt stożkowaty jak udo, a témbardziéj jeżeli plaster ten ma stanowić punkt oparcia dla dosyć znacznego wysiłu (*stress*) taśmy elastycznéj; przemilczam już o niekorzyści wynikającéj z kolistego ucisku wywartego przez tak długi czas na udzie i podudziu.

Postanowiłem przeto, zatrzymując główną myśl autora, zmienić sposób uczepienia owéj taśmy elastycznéj a w tym względzie była mi bardzo pożyteczną i pomocną wiadomość podana przez Lückego, profesora chirurgii w Strasburgu (*Centralblatt f. Chir.* 1884. N. 10). Zauważał on, że w przeważnéj liczbie przypadków koślawości kolan u dzieci (*genua valga*), też dzieci nosiły podwiązki tak zwane „higijeniczne“ polegające na tém, że taśma, po największéj części elastyczna, utwierdza się jednym końcem do zewnętrznego brzegu pończochy lub skarpetki a drugim do sukien w pasie. Podtrzymywacze te mają zastępować miejsce zwykłych, nibyto szkodliwie przez ucisk na naczynia działających, podwiązek a ztąd ich nazwa „higijenicznych“ i zachwalanie w inseratach, ba nawet w bardzo rozpowszechnionych tygodnikach beletrystycznych.

„Rzecz naturalna“, powiada Lücke, „że u dzieci zdrowych z silnym układem kostnym i mięśniowym nie wywiera to żadnego wpływu, lecz u dzieci wątłych, a przedewszystkiem u rachitycznych, podwiązka ta, nibyto zdrowotna, staje się właściwie szkodliwą, bo zapobiegając nieznacznemu i wątpliwemu złemu sprowadza na pewno szkodę w postaci koślawości kolan.“ Spostrzegał on, że dzieci noszące takie paski wykręcają podudzie instynktowo na zewnątrz, aby tamującemu i niemiłemu ciągnieniu zapobiedz, chociaż nie da się zaprzeczyć, że do wykręcania tego przyczynia się i wprost działanie silniejszéj taśmy elastycznéj.

Jeżeli więc przypadkowy i słaby wysił taśmy elastycznéj może sprowadzić stan patologiczny zwany koślawością kolana, to wysił ten w ten sam sposób lecz więcéj celowi odpowiednio od strony wewnętrznéj użyty, powinien znieść wyrobiony takiż stan patologiczny.

Że go znieść może, udowodnił to Landerer swoją powyżéj przytoczoną pracą; mnie tylko się o to rozchodzi, że można to osiągnąć drogą jeszcze prostszą, bo prawie bez współdziałania lekarza.

Nie miałem pod ręką odpowiedniego przypadku, aby na nim działania taśmy wypróbować, doświadczałem jéj tylko na odnogach prawidłowych i mam wszelką nadzieję, że skutek odpowie mojemu oczekiwaniu. Aby zaś dać sposobność użycia i wypróbowania tego sposobu kolegom, którzy częściéj z temi chorobami się spotykają, mianowicie kolegom pedyjatrom, podaję niniejszém metodę, jaką uważałbym za najodpowiedniejszą a przytém najprostszą. Taśmę elastyczną 20 cm. długą a na 3—4 cm. szeroką opatruje się na każdym końcu dwiema mocno przyszytemi zwykłemi nicianemi tasiemkami, które służą do umocowania taśmy elastycznéj i to w dole do przedniego uszka bucika a w górze do wewnętrznego brzegu (więcéj ku tyłowi) krótkich majtek, dobrze do ud i miednicy przylegających, podobnie jak majtki do kąpieli używane. W ten sposób taśma elastyczna przebiegać będzie podobnie jak w przyrządzie Landerera, t. j. od dołu i przodu ku górze i tyłowi, a aplikacyja jéj będzie tak ułatwiona, że wykonać ją potrafi każda matka lub piastunka. Naturalnie tasiemki końcowe muszą być dostatecznie długie, aby naprężenie taśmy mogło być do przypadku odpowiednio zastosowane, t. z. mocniejsze lub słabsze. Na noc możnaby dolne tasiemki przymocowywać do przedniego brzegu skarpetek, gdyby ktoś chciał i podczas snu ortopedycznie działać, chociaż mojem zdaniem wypoczynki nocne w lekkich przypadkach, o których tu właśnie mowa, są zupełnie usprawiedliwione. Nikt mi nie zaprzeczy, że takiż sam przyrząd i w ten sam sposób lecz po stronie zewnętrznéj założony prostować powinien odnogi dolne zagięte w kolanie z kątem otwartym ku wewnątrz czyli tak zwane kolana szpotawe (*genua vara*); tak przynajmniéj rozumowanie teoretyczne w obu razach przypuszczać mi każe. Czy ono się sprawdzi, pokaże doświadczenie a nie wątpię, że szanowni koledzy, którzy więcéj mają sposobno-

ści stykania się z choremi dziećmi, nie omieszkają wypróbować téj metody i tu na tém miejscu objawić swe o niéj zdanie, przychylne czy nieprzychylne.

Na jednę tylko jeszcze okoliczność zwrócić chcę uwagę a mianowicie, że z wydaniem sądu nie należy się spieszyć, gdyż w ortopedycznêm leczeniu przestrzeganą być powinna zasada tak trafnie oddana w przysłowiu łacińskiém:

„Gutta cavat lapidem" [1]).

IV. Metoda mierzenia zdolności wydzielniczéj pepsyny jakotéż Sposób otrzymywania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego.

Tymczasowe doniesienie z kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego

podane przez

Doc. W. Jaworskiego.

Obecnie używane dość liczne metody badania chemizmu trawienia żołądka zmierzają do oznaczenia i mierzenia zdolności wydzielniczéj kw. żołądkowego, a względnie kw. solnego przez błonę śluzową. Drugi zaś czynnik trawienia żołądkowego, t. j. pepsyna, bywa o tyle uwzględniony, o ile wydzielanie tegoż idzie w parze z wydzielaniem kw. żołądkowego. Jeżeli żołądek utracił zdolność wydzielania kw. żołądkowego, zachodzi jeszcze pytanie, czy utracił także zdolność wydzielania pepsyny i to w jakim stopniu, czyli innemi słowy, czy w obec zmian anatomicznych elementów wydzielających kw. solny uległy także zmianom komórki wydzielające pepsynę. Szczegół ten dla rokowania jest ważny. Przypadki utraty zdolności wydzielniczéj kw. solnego są bowiem têm cięższe, co do zmian anatomicznych, im więcéj zmniejszoną jest zdolność wydzielania pepsyny. W razie bowiem znacznego upośledzenia albo zniesienia wydzielania pepsyny, błona śluzowa bywa tak kruchą, że nietylko sondowanie ale i same ruchy wymiotne sprawiają odrywanie się z niéj strzępów krwawych. I w tychto przypadkach należy przypuścić, że zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj żołądka są tak znaczne, że stan prawidłowy już nie powraca. Wynika więc ztąd, że oprócz zdolności wydzielania kw. żołądkowego należy jeszcze klinicyście ocenić natężenie wydzielnicze błony śluzowéj co do pepsyny. Dotąd stosowane sposoby badania chemizmu trawienia nie mogą jednak ku temu celowi posłużyć. A to raz z powodu, że bodźce służące do podrażnienia wydzielania kw. żołądkowego są różne od tych, które działają na wydzielanie pepsyny, a powtóre, że warunki, wśród których badamy wydzielanie kw. solnego mogą być dla tegoż stałe i niezmienne, a dla wydzielania pepsyny są one zmienne, niedozwalające porównania otrzymanych wyników. Do poznania tych okoliczności doszedłem dopiero, gdy zacząłem badać wpływ kwasów na czynność żołądka (*Medycyna* Nr. 1 i 2, 1887). Z tych badań okazały się dotąd niedostrzeżone działania kwasów na żołądek: 1) Że kwasy przy pewnêm zgęszczeniu i w pewnéj ilości wprowadzone do żołądka sprowadzają wylewanie się żółci do tegoż (naturalne zobojętnienie treści). 2) Że kwasy sprawiają pojawienie się ciałek wypocinowych w treści żołądkowéj. 3) Że kwasy podniecają silnie wydzielanie się pepsyny ze żołądka, a tylko nieznaczne kw. żołądkowego, tak że w przypadkach, w których przy zwykłém badaniu nie można było otrzymać treści żołądkowéj nawet po zakwaszeniu trawiącéj, to po wprowadzeniu kwasu do żołądka wydobyta treść dobrze trawiła. Co znaczy tyle, że kwasy są swoistym bodźcem do wydzielania pepsyny nietylko w żołądku martwym, jak to jest już wiadomém, ale i w żywym. Ztąd téż łatwo pojąć, że podrażniając żołądek kwasami można otrzymać w tych samych niezmiennych warunkach wyniki porównawcze dla zdolności wydzielniczéj żołądka co do pepsyny tak u różnych indywiduów, jakotéż i w różnych stanach chorobowych, oddzielnie od wydzielania kw. żołądkowego.

Po przeprowadzeniu wielu prób okazały się dwa następujące sposoby wykonania powyższéj myśli najodpowiedniejsze, jeden dokładniejszy dla celów doświadczalnych, a drugi wystarczający dla celów klinicznych.

I. Metoda za pomocą kwasu solnego (doświadczalna). Po uprzedniém przekonaniu się, czy treść żołądka czcza oddziaływa kwaśno lub téż nie, nalewa się do tegoż w pierwszym przypadku 200cm.sz. dziesiętnonormalnego, a w drugim tyleż centymetrów sz. lecz na połowę rozcieńczonego dziesiętnonorm. kw. solnego, którego 100 cm.sz. odpowiada w przybliżeniu 3cm.sz. *ac. hydrochlorici dil. offic.*, dopełnione do 100cm.sz. wodą przekroploną. Po pół godziny, w którymto czasie kw. solny ługuje pepsynę, aspiruje się treść ze żołądka, odmierza i sączy. Przesącz miareczkuje się, a 25cm.sz. tegoż bierze się do trawienia w ten sposób, że dopełnia się ich, w razie gdyby kwasota treści nie dochodziła do 50cm.sz. dziesiętnonorm. ługu na 100 cm.sz. przesączu, do tego stopnia kwasoty przez dolanie *ac. hydrochlorici dil. offic.* do poczwórnéj objętości rozcieńczonego, pamiętając, że po dodaniu 0·1cm.sz. tego kwasu zwiększa się kwasota 25cm.sz. przesączu o 3·3 stopnie. Do tak przygotowanego przesączu dodaje się krążek gotowanego białka kurzego o ciężarze 5—6cg., pozostawia przy cieplocie 40°C. i obserwuje czas zniknięcia tegoż. Im wcześniéj krążek znika, têm ilość pepsyny w roztworze, a têm samém i w żołądku, jest większą, gdyż tu trawienie zależne jest tylko od różnicy zawartości pepsyny, a nie kwasu w roztworze, którego kwasota we wszystkich doświadczeniach wynosi 50 stopni. Ilość pepsyny można jednak oznaczać nietylko na podstawie czasu znikania, ale wszystkiemi do tego czasu we fizyjologii używanemi sposobami jak Brückego, Grünhagena, albo Grütznera metodą kolorymetryczną, z tą jednak modyfikacyją, że zamiast zabarwienia włóknika karminem można nim zabarwić białko kurze.

Stosując tę metodę oznaczania natężenia wydzielającéj się pepsyny, czyniłem następujące spostrzeżenia.

1. Jeżeli żołądek czczy zawiera miazgę pokarmową, zachodzi potrzeba dokładnego wypłukania go.

2. Jeżeli się trafi indywiduum, u którego kwas powyższego zgęszczenia wywołuje wlewanie się żółci do żołądka, doświadczenie staje się bezużytecznêm.

3. Ilość pepsyny wydzielonéj stosownie do różnych stanów chorobowych jest różną: podczas gdy treść żołądka w niektórych przypadkach już po jednéj godzinie krążek białka trawi, to są przypadki, w których przy têm samém zakwaszeniu treści żołądka potrzeba więcéj niż 24 g. do zupełnego strawienia białka. Zupełnego zaś braku pepsyny przy téj metodzie badania dotąd nie dostrzegłem, lecz tylko bardzo znaczne upośledzenie.

4. Oznaki upośledzonego wydzielania pepsyny dają się

---

[1]) Wszelkie, nawet krótkie, doniesienia z praktyki szan. Kolegów chętnie umieścimy. *Redakcyja.*

już przez oddziaływanie przesączu treści żołądkowéj dostrzegać, a mianowicie, zabarwienie téjże tylko fijołkowo-niebieskie ze siarkanem miedziowym i ługiem potasowym (brak peptonów), opalisacyja lub osad w przesączu po dodaniu żelasinku potasowego, i wreszcie mała tylko ilość jąder ciałek wypocinowych pod mikroskopem.

II. Metoda za pomocą kw. mlekowego czyli kliniczna, dająca bardzo cenne wskazówki rozpoznawcze, uskutecznia się w następujący sposób. Do żołądka czczego, z którego wyciągnięto o ile możności treść, a w razie obecności pokarmów, wydalono je przez wypłukanie, wlewa się 200cm.sz. dziesiętnonorm. kw. mlekowego, odpowiadającego w przybliżeniu 2·2cm.sz. *acid. lacticum conc. chem. purissimum* w 200cm.sz. wody przekroplonéj. Po upływie pół godziny aspiruje się treść ze żołądka i sączy. Osad bada się pod mikroskopem, a przesącz na białko rozpuszczalne, peptonu, kw. solny, kw. mlekowy, a następnie siłę trawiącą (zawartość pepsyny) w ten sposób, że bierze się 2 próby po 25 cm.sz. przesączu, do obydwu daje się po krążku białka o ciężarze 5—6cg., a oprócz tego jednę zakwasza się kroplą kw. solnego i obydwie pozostawia przy ciepłocie 40°C. obserwując czas zniknięcia krążków, poczém dochodzi się peptonu w cieczy.

Spostrzeżenia przy stosowaniu téj metody były następujące:

1. Im więcéj godzin potrzebuje krążek białka do strawienia w próbie zakwaszonéj kw. solnym, tém bardziéj upośledzone jest wydzielanie pepsyny, a największe upośledzenie wydzielania pepsyny, bo niedokładne strawienie krążka po upływie 24 g., spostrzegłem w nieżycie śluzowym, jeżeli tenże był połączony z nowotworem rakowym. Nadmienić jednak muszę, że wydzielanie pepsyny ze żołądka przy użyciu kw. solnego jako bodźca, odbywa się energiczniéj, niż za pomocą kw. mlekowego lub octowego, tak że stosowanie metody pierwszéj w przypadkach braku kw. solnego w żołądku daje wyniki pewniejsze.

2. W razie nadmiernego wydzielania kw. solnego (*Hypersecretio* lub *gastrorrhöe acida*) wyniki téj metody są następujące: *a)* silne zabarwienie niebieskie przesączu barwikiem metylofijołkowym; *b)* wyraźne oddziaływanie na peptony; *c)* znaczna ilość drobnych połyskujących jąder komórek wypocinowych; *d)* strawienie krążka białka w próbie niezakwaszonéj kw. solnym, w przeciągu kilku godzin, podczas gdy strawienie tegoż po kilkunastu godzinach przemawia za prawidłowém wydzielaniem kw. solnego przez błonę śluzową.

3 W przypadkach niezdolności wydzielniczéj kw solnego daje metoda następujące wyniki: *a)* Brak wybitnego oddziaływania niebieskiego po dolaniu barwika metylofijołkowego do przesączu; *b)* kwasota przesączu zwykle niżéj 50 stopni; *c)* brak oddziaływania na pepton, a natomiast oddziaływanie na białko po dodaniu żelasinku potasowego: *d)* niestrawienie białka w przesączu niezakwaszonym kw. solnym po 24 g. a strawienie w próbie zakwaszonéj, jeżeli zdolność wydzielania pepsyny znacznie upośledzoną nie została.

4. W przypadkach pojawiania się większych ilości żółci w żołądku doświadczenia są stracone.

Obydwie powyższe metody mają na celu zbadanie zdolności wydzielniczéj pepsyny żołądka żywego, są przeto odmienne od innych dotychczasowych (Grütznera, Grünhagena, Brückego) mających odmienny cel, bo oznaczenie ilości pepsyny w płynach poza ustrojem, jakoteż jest ta metoda różną od postępowania doświadczalnego E. Schütza, który badał bez stosowania bodźców, czy w treści żołądka czczego zawarta jest pepsyna czyli też nie.

W końcu wypada mi zwrócić uwagę, że spostrzeżenia moje co do zachowania się kwasów w ogólności, a kw. solnego w szczególności, w żołądku żywym, dozwalają otrzymywać sok żołądkowy o dowolnéj kwasocie i o dowolnéj ilości pepsyny wprost z człowieka. Wlewając bowiem według potrzeby i okoliczności 200—400cm. sz. kw. solnego rozmaitego zgęszczenia ($^1/_{20}$—$^1/_{10}$ normalnego) do żołądka czczego człowieka, można z tegoż po upływie jednego lub więcéj kwadransów aspirować sok żołądkowy o dowolnéj sile trawiącéj. A w ten sposób bez szkody dla badanéj osoby, z wielką łatwością otrzymany sok żołądkowy może być przydatniejszym do doświadczeń lekarskich, niż dotąd otrzymywany sztuczny ze żołądków pośmiertnych zwierząt, gdyż wyniki doświadczalne mogą być wprost odniesione do człowieka. W ten sposób otrzymanego soku żołądkowego używałem już w moich doświadczeniach do trawienia tkanin zwierzęcych, krwi, ropy i śluzu. Ze zdrowego zaś człowieka tą metodą otrzymywany energicznie działający sok żołądkowy mógłby nawet zwolennikom przetworów trawiących oddać o wiele lepsze usługi terapeutyczne, niż obecnie ze żołądków psów lub świń otrzymywane rozmaitego rodzaju esencyje pepsynowe, zwłaszcza że przekonałem się, że w ten sposób otrzymany sok żołądkowy utrzymuje się całemi tygodniami bez zmiany.

V. Oceny i sprawozdania.

Toksykologija.

Lenhartz: **Przyczynek do zatrucia chloranem potasowym.**

W pierwszym Nrze *„Deutsche medicinische Wochenschrift“* rb. opisuje Dr. Hermann Lenhartz, docent uniwersytetu lipskiego, przypadek chorobowy, od samego początku aż do śmierci przez siebie jak najdokładniéj spostrzegany i wszechstronnie badany, w którym samo płukanie gardła 3% rozczynem chloranu potasowego, do czego zużyto około 50 gramów w przeciągu 36 godzin, sprowadziło zbieg zjawisk charakteryzujących otrucie tym lekiem, a 7go dnia nagłą śmierć.

Autor wyzyskuje przerzeczony przypadek ku poparciu zapatrywania Marchanda na wątek trującego działania chloranu potasowego, wedle którego sól owa działa bezpośrednio na czerwone ciałka krwi, zamieniając ich oksyhemoglobinę na methemoglobinę burzy takowe a rozpadowemi ich wytworami zapychając kanaliki moczowe nerek wstrzymuje wydzielanie moczu — przeciw niedawno ogłoszonemu zdaniu Stokvisa, który zgubne oddziaływanie tego leku odnosi wyłącznie do zapalenia żołądka i dwunastnicy, powstałego tak samo jak pod wpływem innych, także zbyt stężonych, rozczynów solnych, a nadto jeszcze do zadziałania właściwego potasowi.

W krótkiém streszczeniu przedstawia się ów przypadek jak następuje:

Właściciel fabryki, 51 lat liczący, który przed 6 laty i przed 1½ roku przebył ostre zapalenie nerek, potém zaś w obec często powtarzanych badań moczu zawsze okazywał mocz zupełnie prawidłowy, nabawił się dnia 23 maja 1886 zapalenia migdałków (*angina lacunaris*), przeciwko czemu

przepisano mu płukanie gardła chloranem potasowym (*Kali chlorici* 10·0, *Aq. destill.* 300·0), czém chory tak dalece przesadził, że od 6go rano do 7go wieczorem 5 takich butelek zużył.

Dnia 8 maja żółtaczka ogólna, uszy, nos, wargi, język, palce wszystkich odnóg ciemno-szafirowo, albo zielonawo zabarwione.

Ogólny upadek sił w obec całkowicie zachowanéj przytomności umysłu, kilkakrotne wymioty, które się wkrótce uspokoiły, niepokój, bezsenność, ciepłota 36,6, tętno małe, miękkie, trochę nieregularne. Okolica żołądka i śledziony pod uciskiem trochę dotkliwa. Po niewielkiém wypróżnieniu stolca ustawiczne nań napieranie.

Moczu wcale nie oddano, z wielkiém wysileniem wyciśnięty w ilości 26 cm. jest barwy ciemno-brunatnéj w zielonawą wchodzącéj, mętny, pełen skrzepów i strzępów, wielką ilość ciemno-żółtawych, świecących kierek zawierających, czerwonych ciałek krwi, cylindrów hyalinowych ani śladu; gdzieniegdzie nabłonki miednicy nerkowéj, białe ciałka krwi i krótkie ciemno-żółtawe cylindry połyskującéj ziarnistéj powierzchni, odczyn moczu kwaśny, nadto dużo białka. Po podaniu kawy, wina wymioty, przestawano na mleku i maślance, co chory dobrze znosi, zawijano go w koce wełniane, czém wywołano obfite poty.

9go żółtaczka się wzmaga, sinica niezmieniona. T. 36·0, r. 20, p. 84, pełniejszy, miarowy. Moczu nic nie oddano. Wyparta odrobina 25 cm. czarnawéj barwy, obfitsza jeszcze w białko, opuszcza zaraz osad pełen większych jeszcze niż dnia poprzedniego kierek ciemno-żółtawych. Po irygacyi stolec obfity, ciemo-zielony, zawierający dużo żółci. Chory pije dużo mleka, piwa, wina, niedoświadczając wymiotów. Chorego utrzymuje się ustawicznie w potach, zawijając go w koc.

10go chory spokojniejszy, ledwo ślady sinicy. T. 36·2, r. 20, p. 84, pełne, napięty. Moczu wytłoczył zaledwie 2 łyżeczki, tych samych co dawniéj własności. Stolec po irygacyi mocno zielony.

11go żółtaczka się zmniejsza, twarz czerstwa, bez śladu sinicy, chory po raz pierwszy sam oddaje bez wysilenia trochę moczu, zawierającego ledwo ślady białka. T. 36·4, r. 20, p. 80, silny.

12go ledwo ślad żółtaczki, *tenesmus alvi*, poczém stolec zielony z śluzem zmięszany. Chory oddał w 5 nawrotach 80 cm. moczu jaśniejszego nieco, zawsze jednak brunatne skrzepy i $^1/_2$ obj. białka zawierającego. Krwotok z nosa, krew jasno-czerwona. Po południu jeszcze 70 cm. moczu ciemnego ale przeźroczystego. T. 36·8, r. 20, p. 72.

13go noc niespokojna, brak tchu. Śledziona powiększona. Ogólne wrażenie dosyć dobre. Moczu rano 60 cm. jaśniejszego, $^1/_2$ obj. białka, w osadzie okruchy czerwonawe, połyskujące, pod drobnowidem dużo prawidłowych, czerwonych i białych, napęczniałych ciałek krwi. Po południu w dwóch nawrotach 80 cm. moczu jasnego o téj saméj co rano zawartości. Chory ciągle utrzymywany w potach, po południu bierze ciepłą kąpiel z zimnemi oblewaniami, poczém czuje się jak nowonarodzony i przespał kilka godzin spokojnie.

14go chory czuje się tak dobrze, że odbył krótką naradę z swym prokurystą.

Od wieczora poprzedzającego ustało wszakże całkowicie wydzielanie moczu. Chory zawinięty ponownie w koce poci się doskonale, o 10téj przed południem przy rozwijaniu z koca nagle skarżąc się na brak powietrza umiera.

Oględziny pośmiertne, ograniczone wprawdzie z powodu względów rytualnych do zbadania jamy brzusznéj, wykazały: w żołądku żadnych uderzających zboczeń, wątrobę powiększoną, brunatną, śledzionę znacznie powiększoną, pęcherz moczowy próżny, obie nerki w 2—3 nasób powiększone, powierzchni i kory brunatnéj, od substancyi rdzeniowéj ciemniejszą jeszcze warstwą oddzielonéj, wierzchołki piramid jeszcze ciemniejsze, cienko prążkowane, błonę śluzową miedniczek ciemno-brunatną. Stwardniałe w wyskoku nerki okazują na przekroju gołém okiem widzialne wypełnienie kanalików moczowych piramid żółto-czerwoną masą, która pod drobnowidem przedstawia się jako twory cylindrowe, złożone ze szczelnie do siebie przylegających, połyskujących ciemno-żółtawych kierek. Wypchanie owo kanalików moczowych zmniejsza się coraz bardziéj, idąc w badaniu od substancyi rdzeniowéj ku korowéj. Po zabarwieniu skrawków fijoletem gencyjany okazało się w całéj substancyi rdzeniowéj bardzo znaczne pomnożenie jąder.

Na podstawie tego przypadku przechyla się więc autor zupełnie na stronę Marchanda, podnosząc przeciw Stokvisowi, że zjawiska podrażnienia błony śluzowéj żołądka i dwunastnicy równocześnie z żółtaczką i sinicą powstały, wkrótce jednak ustąpiły, nie przeszkadzając wcale trawieniu; żółtaczka więc nie może być uważaną za wynik nabrzmienia błony dwunastnicowéj i powstrzymanego ztąd odpływu żółci, ile że ostatnia w zwiększonéj nawet obfitości się wydzielała. Żółtaczka zatém nie może żadną miarą mieć swego źródła w wątrobie, jeno w saméj krwi, która, jak o tém świadczy równoczesna sinica, pod wpływem chloranu potasowego uległa rozkładowi.

W obec tego nowego przypadku zatrucia chloranem potasowym ostrzega autor przed używaniem tego leku nawet do płukania, do czego ja ponownie ze swéj strony dodałbym zalecenie zastąpienia go we wszystkich zajęciach jamy ustnéj i połykowéj, a przedewszystkiém w błonicy, równie skutecznie działającym jodem w roztworze soli kuchennéj (*Natr chlor.* 1%, *Tr. Jodi* 0·5%), który można bezkarnie i wewnętrznie przez długi czas używać. *Dr. Kaczorowski*

Σ. **Przepłukiwaniem ustroju** nazywa prof. Sanquirico nowy sposób postępowania w leczeniu ostrych otruć niektóremi środkami. Sposób ten polega na znanych prawach, że ciała trujące bywają zazwyczaj wydzielane nerkami, że układ naczyniowy można bez szkody dla ustroju przepełnić chwilowo przez wlewanie doń wody; że wreszcie przez takie wlewanie płynu obojętnego wywołuje się zwiększenie parcia ościennego w układzie tętniczym, którėto parcie opada z chwilą nastania obfitszego wydzielania, mianowicie drogą nerek. Opierając się na tych zasadach, wlewał S. zwierzętom otrutym wyskokiem, chloralem, strychninem i azotanem akonitynu 0·75% roztwór soli kuchennéj w ilości odpowiedniéj 8% ciężaru ciała zwierzęcia, do żyły szyjnéj i to w otruciach środkami powolnie działającemi, po wystąpieniu pierwszych objawów otrucia, po otruciu zaś środkami szybko działającemi natychmiast po podaniu tychże i spostrzegał, że wydzielanie moczu wzmagało się nagle, w moczu można było nagle wykryć środek trujący a po podaniu trucizny nawet w takiéj ilości, jaka zawsze zresztą bywała dostateczną do otrucia śmiertelnego, przychodziły zwierzęta do siebie i uniknęły śmierci. Jedynie po podaniu morfinu, kurarynu i hypnonu nie wzmagało się wydzielanie moczu a po podaniu tych środków w trujących dawkach nie zapobiegało „przepłukiwanie ustroju“ zejściu śmiertelnemu. (*W. med. Blätter* 1886, Nr. 51).

Farmakologija.

Dr. Voigt: **O fizyjologiczném i terapeutyczném działaniu siarkanu sparteinowego.**

Autor podaje następujące wyniki z doświadczeń nad działaniem siarkanu sparteinowego czynionych w klinice prof. Nothnagla w Wiedniu:

1. Siarkan sparteinowy działa w bardzo małych dawkach podniecająco na serce, skurcze jego stają się silniejszemi, tętno pełniejsze i wyższe, napięcie tętnic wzmożone, szybkość tętna o kilka uderzeń zmniejszona.

2. Skutek występuje w $^3/_4$ do 1 godziny po zażyciu, trwa przeszło 24 godzin i może być przez podanie nowéj dawki w ciągu tego czasu wzmocnionym. Po kilkodniowém podawaniu pożądaną jest kilkodniowa przerwa, albowiem potém środek ten znowu silniéj działa. Można go podawać przeszło tydzień bez złych następstw.

3. Rytm upośledzonych skurczów sercowych wraca w rzadkich tylko przypadkach.

4. Odchód moczu zwiększony tém więcéj, im czynność sercowa silniejsza.

5. Często występują narkotyczne objawy spokoju i drzemki.

6. Objawy zatrucia: zawrót, ból głowy, bicie serca i nudności rzadko występują po dawce 1—4-miligramowéj; jeżeli się pojawiają, to są bardzo nieznaczne i szybko przemijają; przy dalszém podawaniu znikają.

Z naparstnicą nie może iść w porównanie, ma jednak wyższość nad kofeiną, gorzykwiatem wiosennym (*adonis vern.*) i konwaliją. Terapeutycznie może zatém być użytym w wadach zastawek w okresie upośledzonego wyrównania, gdy tętno jest słabém i miękkiém; w wadach zastawek bez nadwerężenia kompensacyi; w niedomodze mięśnia sercowego i w zapaleniu osierdzia.

Jako średnią dawkę uważać należy 0·02 *pro dosi*, 0·1 *pro die* w pigułkach lub rozczynie. (*Rp. Sparteini sulph.* 0·20, *Pulv. rad. liquir. Succ. liquir. q. s. ut f. pill.* 10. *DS.* 2 do 4 razy dziennie po 1 pigułce. *Rp. Sparteini sulph.* 0·20 *Syr. Cort. aurant.* 100·0. *MDS.* 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy w wodzie używać. *Rp. Sparteini sulph.* 0·20 *Aq. destill.* 10·0. *MDS.* 2—4 razy dziennie po 20 kropli w wodzie ocukrzonéj lub winie używać. (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 1). *Dr. Świerz* w Skawinie.

○ **Nowy miejscowo znieczulający środek odkrył** Reid w południowéj Australii w Druminie, w alkaloidzie z *Euphorbia Drummondii*.— Drumin poraża wyłącznie nerwy czucia nie posiadając pobudzającego wpływu kokainu. Na języku, do nosa lub na ręce albo zastrzyknięty podskórnie zwierzętom wywołuje wybitne znieczulenie. Używano go tu w rwie kulszowéj podskórnie. Ilość zastrzyknięta wynosiła 4 krople 4% rozczynu. Wewnętrznie podany nie wywołuje objawów ogólnych.

○ Raymond i Artaud (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1886, Nr. 39) utrzymują na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i badań klinicznych, że tanin przewyższa jodoform i siarczek węgla co do skuteczności w gruźlicy i że zwierzęta żywione przez miesiąc taninem są oporniejszemi na jad gruźlicy. U więcéj niż 50 chorych zażywających dziennie 2—4 gr. taninu samego lub w winie widzieli poprawę objawów, u połowy już po 14 dniach przybytek na wadze utrzymujący się w ciągu całego leczenia.

Σ. **Migrenę leczy za pomocą masowania** Norstroem. N. zauważył mianowicie, że choroba ta nie polega zazwyczaj na zmianach w ośrodkach, lecz na szczególnéj zmianie wśród mięśni czaszkowych. Wśród dokładnego badania odnośnych chorych spostrzegał N. w miejscach odpowiadających rozgałęzieniom nerwów wśród mięśni czaszkowych i karkowych małe guzki ściśle odgraniczone, bolesne przy dotykaniu. Guzki te uważa N. za pozostałości po przebytych sprawach w samych mięśniach: *splenius, cucularis, sternocleidomast.* a nawet *temporalis*. Jaką drogą mają owe guzki wywoływać ból głowy połowiczy, tego autor dokładnie nie podaje, i przypuszcza sprawę odruchową. Że jednak związek przyczynowy ma tutaj miejsce, tego dowodzą korzystne wyniki leczenia za pomocą międsienia. Sposób ten zastósował N. u 36 chorych i uzyskał w przeważnéj większości przypadków zupełne wyleczenie Pod wpływem międsienia znikają guzki a równocześnie ustają bóle; usunięcie tych guzków nie jest wcale łatwém, a często zdarza się, że międsienie należy stosować całemi miesiącami, po upływie których skutek bywa trwały. (*D. med. Woch.* 1886. 49).

(β) **Działanie fizyjologiczne i terapeutyczne Extr. fluidum grindeliae robustae na serce i krążenie krwi.** Na mocy 68 doświadczeń czynionych nad tym środkiem na różnych zwierzętach przyszedł Dr. Dobroklański (z kliniki prof. Botkina w Petersburgu) do następujących wyników:

1) *Extr. fluid. grind. rob.* zmniejsza ilość skurczów serca oraz zwiększa ciśnienie krwi.

2) Obniża pobudliwość ośrodków nerwowych serca oraz naczyń.

3) Na podstawie 10ciu klinicznych spostrzeżeń opiera autor znaczenie terapeutyczne leku tego na zmniejszaniu ilości skurczów serca, przyczém czynność serca staje się regularniejszą.

W przypadkach, gdzie środek powyższy jest niedostateczny, zaleca autor kombinowanie *Adonis vernalis* i *Extr. fluid. Grindeliae rob.* Dawki tego ostatniego wynosić mogą według autora 30 kropli 3—4 razy dziennie. (*Deut. Medicinal-Ztg.*)

Położnictwo.

S. Schramm: **O leczeniu ślinotoku podczas ciąży.**

Do zboczeń przewodu pokarmowego podczas ciąży należy także obfitsze wydzielanie się śliny. Ślinotok pojawia się zwykle w pierwszéj połowie ciąży, utrzymuje się do chwili, odkąd ciężarna czuje ruchy płodu, chociaż znane są przypadki Richardsona i Schramma, gdzie ślinotok ustał dopiero po porodzie, i nie wydziela się ślina w tak wielkiéj ilości, aby przez to mogło podupaść odżywienie choréj. Cierpienie to zatém przebiega po największéj części łagodnie i dla tegoto może spotykamy się w dziełach położniczych zaledwie z krótką wzmianką, że podobne cierpienie istnieje, nie znajdujemy atoli żadnych środków zaradczych na przypadek, gdyby to zboczenie wystąpiło w groźniejszéj formie.

Wprawdzie Schroeder i Scanzoni polecają płukania środkami ściągającemi jamy ustnéj, Spiegelberg nadto żelazo i dobre odżywienie, ale to leczenie wystarcza tylko w lżejszéj formie ślinotoku, kiedy przyczynę ślinienia się znajdujemy w jamie ustnéj. Dopiero Schramm podaje nam kilka leków, mogących zmniejszyć a nawet usunąć zupełnie chociażby najgroźniejszy ślinotok, jaki miał sposobność spostrzegać w r. 1885 u pierwiastki 24 lat liczącéj. Chora, niewiedząca, że jest w odmiennym stanie, podaje, że od jakiegoś czasu czuje się coraz to słabszą, mizernieje, traci apetyt, co najważniejsza płynie jéj z ust ślina, miewa nudności, i czuje bardzo przykre gniecenie w dołku podsercowym. Bliższe badanie stwierdziło mocne wycbudnienie, dziąsła jamy ustnéj obrzmiałe i zaczerwienione, a z ust wylewającą się bez przerwy ślinę, któréj rozbiór chemiczny wykazał, że jest ciężaru gat. 1·0025;

przy + 15°C., i zawiera na 99·5475 wody; 0·2401 substancyj organicznych a 0.2091 soli (ptyalinu ani śladu nie wykazano), nie wykryto zaś żadnego innego zboczenia w organach wewnętrznych.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznał autor chroniczne zatrucie rtęcią i polecił chorej płukanie *c. Kali chloric.*, nadto *Sol. Kal. jod.* 5·0:150·0. Środek ten podawali już pierwej w przypadkach ślinotoku Lemaistre i Spiegelberg, ale jak i w naszym przypadku bezskutecznie. Po 24-dniowém zażywaniu tego leku ślinienie nie tylko nie zmniejszyło się, ale występować zaczęły nudności, ilekroć chora wzięła to lekarstwo. Z tego powodu zaczęła używać chora *Atropin sulf.*, jednę pigułkę dziennie po 0·005. Środek ten potwierdził twierdzenie Heidenhaina i Epsteina, którzy pierwsi ten lek stósowali w ślinotoku, bo ślinienie się znacznie się zmniejszyło, ale nie ustąpiło zupełnie. Skoro atoli wystąpiło mocne drapanie w gardle i midryasis, podano chorej po 3 tygodniach stósowania atropinu w podobnej dawce duboisin, który zmniejszył cokolwiek ślinotok ale nie usunął zupełnie. W tym czasie rozpoznano, że chora jest w 5tym miesiącu ciąży i przystąpiono do galwanizowania nerwu współczulnego. Procedura ta trwała 4 dni, ale bez rezultatu pomyślnego. Stósowano wstrzykiwania *pilocarpin. mur.* po 0·01 *pro dosi* trzy razy dziennie, a ponieważ siły chorej bardzo podupadły, podano równocześnie *Tra ferr. pom. Tra chin. comp.* Pomimo, że Labbés i Daveraux tym środkiem poskromili tak gwałtowny ślinotok, że myślano o wywołaniu sztucznego porodu, autor zdołał zaledwie, chociaż go stósował przez 3 tygodnie, zmniejszyć ilość wydzielającej się śliny a nie usunąć zupełnie. Siły chorej były wtedy bardzo mocno nadwątlone i przystąpiono do podawania *Sol. Kali brom.* 5·0:100·0 trzy łyżki dziennie. Po niejakim czasie zaczął wracać apetyt, chora lepiej wyglądała, a ślinotok zmniejszał się coraz więcej, tak, że w 9 miesiącu zupełnie ustał a chora porodziła na czasie zupełnie zdrowe dziecko.

Na podstawie tego spostrzeżenia poleca autor gorąco jako środek najpewniejszy i najbezpieczniejszy w stósowaniu *Sol. Kal. brom.* w połączeniu z żelazem i chiną, nadto dobrém pożywieniem, przeciwko choćby najsilniejszemu ślinotokowi. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 49). *Dr Braun.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska

VI zwyczajne posiedzenie z dnia 5go czerwca 1886.

Przewodniczący Dr. Merunowicz, obecnych członków 20.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

4. Kol. Schramm okazuje przyrząd Dittla opisany przez Schustlera w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 14 z r. b. Przyrząd ten służy do podtrzymywania chorego przy zakładaniu opatrunków gipsowych na brzuchu, miednicy lub udach i okazał się nader praktycznym, zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie nie można mieć tej asystencyi umiejętnej jak w szpitalu. Na przyrządzie tym zrobił kol. Schramm małą poprawkę, aby módz lepiej ustalić miednicę i robić ekstenzyję, przyczém można z jednym tylko asystentem założyć np. spodnie gipsowe i tak już kol. Schramm przyrządu tego używał w praktyce z dobrym skutkiem. Kol. Schramm prosi kolegów, ażeby który jeszcze jakie udogodnienie lub ulepszenie przyrządu zauważył i podniósł.

5. Kol. Dr. Szpilman przedstawia dwa króliki, które dnia dzisiejszego padły, jak sekcyja stwierdziła, skutkiem gruźlicy prosowatej. (*Tuberculosis miliaris*). Oba króliki zaszczepione były dnia 29 kwietnia, t. j. przed 5 tygodniami i 4 dniami treścią z gruczołów pachwinowych krowy nadesłaną do zbadania z powodu podejrzanej perlicy przez J. Kubickiego, miejskiego lekarza weterynaryjnego we Lwowie. Ponieważ organa wewnętrzne, jak płuca z opłucną itd., zostały bezpośrednio po zabiciu zwierzęcia natychmiast zniszczone i usunięte, zwróciło to uwagę oglądacza, który z tego powodu wyciął gruczoły pachwinowe, przypuszczając zajęcie tychże procesem gruźliczym. Badanie stwierdziło w gruczołkach ogniska serowate i zwapniałe, jakoteż nacieki miękkie, żółtawe, wielkości prosa i większe. Z tych ostatnich po utarciu z bulijonem wysterylizowanym przyrządzono płyn szczepienny, z którego wstrzyknięto całą strzykawkę Pravaza jednemu królikowi w jamę otrzewny, drugiego zaś zaszczepiono podskórnie. Sekcyja stwierdziła u pierwszego zajęcie całej otrzewny procesem gruźliczym. Liczne rozsiane gruzełki w wątrobie, śledzionie i nerkach, gruczołki krezkowe zaś nacieknę. Płuca wolne. U drugiego królika wybitna gruźlica płuc, w otrzewnie i innych narządach nieliczne gruzełki. Badanie mikroskopowe wykazało obecność prątków gruźliczych. W ten więc sposób identyczność perlicy z gruźlicą, jak to ten kol wykazał, stwierdzoną została. Doświadczenia te mają doniosłość praktyczną dla policyi weterynaryjnej. Ze względu, że w perlicy tak łatwo gruczoły limfatyczne bywają zajęte, należałoby bezwarunkowo niszczyć mięso bydła perlicą dotkniętego i nie dozwolić jego używania jako pokarmu dla ludzi ze względu na możliwość infekcyi.

6. Kol. Czyżewicz zabiera głos w sprawie Zjazdu lek. i przyrodników polskich w lecie r. 1887 we Lwowie odbyć się mającego i stawia jako gospodarz owego Zjazdu umotywowany wniosek, ażeby, skoro w lecie r. 1887 odbędzie się wystawa krajowa w Krakowie, urządzić przy tej sposobności i Zjazd lek. i przyrodników polskich w Krakowie. Sprawę tę samą poruszył już kol. Czyżewicz w Zarządzie Tow. lek. galic. i zamierza poruszyć jeszcze w Tow. przyrodników imienia Kopernika i nadmienia, że Zarząd Tow. lek. galic. zgodził się w zasadzie na wniosek obecnie w sekcyi postawiony.

W sprawie tej zabierał głos kol. Pisek za wnioskiem, zaś koledzy Szpilman, Sztembarth i Laskiewicz przeciw wnioskowi, poczém kol. Czyżewicz wniósł, ażeby albo ze względu, że w Krakowie w lecie r. 1887 ma się odbyć wystawa krajowa, zaproponować Tow. lek. krakowskiemu urządzenie Zjazdu obok wystawy, albo jeżeliby z Krakowa przyszła odpowiedź odmówna, odłożyć Zjazd na lato roku 1888 i wniosek ten został przyjęty.

Dr. Wiktor.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 26.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Z badania wewnętrznego okazało się:

Jeżeli treść czczego żołądka była alkaliczną, a to miało miejsce tylko w 18 (9·5%) przypadkach, (między temi ani jeden izraelita), to wydzielanie kw. żołądkowego było podczas trawienia albo zupełnie zniesione (u 12 chorych) albo tak nieznaczne u 6 chorych); że do peptonizacyi nie wystarczało, bo kwasota wynosiła zawsze niżej 3 stopni. Upośledzenie trawienia sztucznego z powodu zmniejszania wydzielania pepsyny miało miejsce we wszystkich 18 przypadkach, lecz tylko we 2 było wydzielanie pepsyny, a zatém cały chemizm trawienia zupełnie zniesiony. Pomimo to ci chorzy w ogóle dobrze się mieli, a podmiotowo tylko na nieznaczne przypady gastryczne się uskarżali; — okazuje się więc, że oddziaływanie alkaliczne soku żołądkowego czczego jest zmianą chorobową, i wskazuje zmniejszenie całego chemizmu trawienia.

Jeżeli zaś treść żołądka czczego oddziaływała obojętnie, jakto miało miejsce u 25 (19%) indywiduów, a z tych tylko 4 izraelitów, a 21 chrześcian, — to podczas trawienia wydzielał się zawsze kw. żołądkowy, lecz o różnej kwasocie. U przeważnej liczby, bo w 17 przypadkach, wydzielany sok nie był jeszcze dostateczny do zupełnego trawienia, zaś

w reszcie, t. j. w 8 przypadkach, prawie wystarczał do trawienia a kwasota dochodziła co najwięcej do 10 stopni. Ztąd wynika, że ze znalezienia soku żołądkowego czczego obojętnie oddziaływającego można wnioskować o zdolności wydzielania się soku żołądkowego niskiéj albo tylko miernéj kwasoty. Braku zaś fermentu trawiącego w żadnym z tych przypadków, ani w dalszych następnych nie dostrzeżono, tak że na 222 przypadków znaleziono tylko wyżéj wspomniane 2 przypadki ze zupełnym brakiem, a 11 z bardzo widocznie upośledzoném wydzielaniem pepsyny, razem więc 13 przypadków, w 209 zaś czyli 91·5% pepsyna w dostatecznéj ilości się znajdowała Z tego więc można pojąć wartość tak zachwalanych pigułek, esencyj, win i innych tym podobnych przetworów pepsynowych.

W przeważnéj zaś częśc przypadków, bo w 189 (81%), zawierał żołądek czczy, sok żołądkowy kwaśny, ale różnego stopnia. Odłączywszy 21 przypadków, w których żołądek czczy zawierał zawsze miazgę pokarmową, u przeważnéj części indywiduów, bo u 99 (50%), sok żołądkowy czczy znajdował się w kwasocie wystarczającéj do trawienia, albo nawet o wiele wyższéj. A z tych 99 indywiduów, mających silnie kwaśny sok żołądkowy czczy, było 49, czyli 70%, izraelitów, a tylko 50, czyli 34%. ogólnéj liczby chrześcian. W mniejszéj zaś ilości przypadków, bo w 60 sok żołądkowy kwaśny, miał kwasotę niżéj 3, t. j. niewystarczającą do trawienia. W téj liczbie o soku żołądkowym mniéj kwaśnym było przeciwnie tylko 21 izraelitów, a 39 chrześcian.

Reasumując powyższe wyniki widzimy w ogóle, że na 201 przypadków czczego soku żołądkowego było tylko 22% (43 przyp.) wolnego od kw. żołądkowego a względnie solnego, 78% zaś (159 przyp.) z kwaśnym sokiem żołądkowym czczym. Z téj ostatniéj liczby było przeszło połowa (115 przyp.) wszystkich w ogóle badanych z nadmiernie od kw. solnego kwaśnym sokiem żołądkowym czczym.

Ważne różnice statystyczne wykazuje wpływ żywienia się ludności izraelickiéj, a chrześciańskiéj. Na 76 badanych izraelitów przedstawiał się sok żołądkowy czczy tylko w 4 5·2%) przypadkach wolny od kwasu solnego, podczas gdy na 146 badanych chrześcian było przypadków takich 39 (26%). Nadmiernie zaś kwaśnych soków żołądkowych izraelickich było 71% (49 przyp.), chrześcian tylko 45% (64 przyp.). Wynika więc ztąd, że u naszych izraelitów wyjątkowo tylko ma się do czynienia z niedomogą wydzielniczą kw. solnego, a przeważnie z nadmiarowém wydzielaniem tegoż, czyli patologicznie podnieconém trawieniem żołądkowém. Ztąd łatwo ocenić, o ile ma wartość, czyli właściwie, o ile zaszkodzić może, szablonowe stosowanie kw. solnego.

W celu zestawienia zachowania się mechanizmu trawienia mogłem zebrać 188 przypadków. W przeważnéj części przypadków, bo w $^2/_3$ (127 przyp.), wydalanie treści żołądkowéj było opóźnione, a w 21 przypadkach pokarmy zalegały nawet do dnia drugiego; — w $^1/_3$ zaś (61 przyp.), można było uważać wydalanie za prawidłowe. Okazuje się ztąd, że większéj części przypadków żołądkowych towarzyszą zboczenia motoryczne tego narządu.

Z dalszych poszukiwań zanotowałem, że u 77 indywiduów treść żołądkowa zawierała większe lub mniejsze ślady żółci, stale w żołądku przebywającéj W tym względzie muszę zwrócić uwagę praktyków, że obecność żółci w wymiocinach może być wskazówką dyjagnostyczną. Wymiociny zielone wskazują w każdym przypadku nadzwyczaj silne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, który właśnie często jest powodem wymiotów. Żółte zaś wymiociny mogą wskazywać albo zupełny brak kw. solnego, albo świeżą podczas ruchów wstecznych żołądka wydzielaną żółć. Obecność zaś żółci w wymiocinach przemawia zawsze przeciw zwężeniu odźwiernika wyższego stopnia. (C. d. n.)

VII. W sprawie wymiaru należytości za czynności sądowo-lekarskie.

W skutek licznych podań i przedstawień gron i stowarzyszeń lekarskich sprowadzono wreszcie sprawę wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie na tory, dające rękojmię, że życzenia objawiane przez lekarzy w całéj monarchii, zostaną przecież raz uwzględnione.

Ministerstwo sprawiedliwości uznało już w roku 1879, że taksa obecnie obowiązująca jest przestarzałą, wypadało jednak czekać jeszcze lat kilka, zanim w roku 1885, właśnie gdy dobiegło lat 30 od czasu ogłoszenia téj taksy, przedłożyło Ministerstwo spraw wewnętrznych przedmiot w mowie będący do oceny Najwyższéj Radzie zdrowia. Referentem był prof. Hofmann, wnioski jego przeszły prawie bez zmiany, a gdy wnioski te przynajmniéj w ogólnych zarysach przestały być tajemnicą urzędową, gdyż je ogłoszono w *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 51, 1886, pospieszamy z ogłoszeniem tego ogólnego zarysu w streszczeniu, nadmieniając równocześnie, że w wymienionéj publikacyi nie wyszczególniono nigdzie cyfr odnośnych i przez to usunięto możność gruntownéj oceny projektu.

Najwyższa Rada Zdrowia wychodzi w swoim projekcie z zapatrywania, że nie karno-sądowe względy mają stanowić o wysokości wymiaru należytości, jak to dotąd ma miejsce lecz przedewszystkiém względy techniczne, często bowiem ocena sądowolekarska w pewnym przypadku nie pozostaje w żadnym stosunku do trudności, z jakiemi spotykał się lekarz już to wśród badania, jużtéż to wśród orzekania o pewnym przypadku. Odnosi się to przedewszystkiém do przepisu ustawy, obecnie obowiązującéj o należytościach za ocenę lekkiego i ciężkiego obrażenia. Zdarza się bowiem, że przypadek lekkiego uszkodzenia, nastręczy lekarzowi znacznie więcéj pracy aniżeli innym razem przypadek obrażenia ciężkiego, zdarzyć się również może, że po długiém i mozolném badaniu okaże się brak jakiegokolwiek uszkodzenia, np. w przypadku symulacyi, skąpsze wynagrodzenie lekarza jest w tym razie niesłusznem, tak samo jak niesłusznem byłoby skąpsze wynagrodzenie chemika w przypadku, w którym po dokonaniu całego rozbioru chemicznego nie zdołał wykazać trucizny.

Uwzględniając stronę techniczną zajęć lekarza w sądzie rozróżnia projekt w mowie będący sześć kategoryj czynności sądowolekarskich, a mianowicie:

I. Badania sądowolekarskie osób żyjących,
II. „ „ zwłok,
III. „ „ innych przedmiotów,
IV. Przeglądanie aktów,
V. Wydawanie orzeczeń w przypadkach poprzednio wymienionych,
VI. Udział przy rozprawach ostatecznych.

Stosownie do powyższych uwag wnosi Najwyższa Rada Zdrowia jednakowe wynagrodzenie za badanie lekko jakoteż ciężko obrażonych, jednakiem również ma być wynagrodzenie za wykonanie sekcyj bez różnicy, czy poddawano sekcyi zwłoki zgniłe lub świeże, jak niemniéj czy wykonywano próbę płucową lub nie. Wyznaczenie większego wynagrodzenia za sekcyje, przy których uskuteczniono probę płucową, pochodzi ztąd, że dawniéj potrzeba było do tego osobnego przyrządu. Dzisiaj nie nastręcza sekcyja noworodka szczególniejszych trudności a więc i większe wynagrodzenie za taką sekcyję nie jest usprawiedliwione.

Usunięcie osobnego wynagrodzenia „z powodu zgnilizny wysokiego stopnia“, przy sekcyjach sądowych jest również słusznem, gdyż przedewszystkiém nie ma się podstaw do osądzenia czy sprawa gnilna postąpiła już tak daleko, iżby można słusznie żądać osobnego wynagrodzenia za wykonanie takiéj sekcyi, a powtóre są znane przemiany zwłok, których

zgnilizną wcale nazwać nie można, sekcyje w tych przypadkach mogą być nieprzyjemne, a stósownie do litery ustawy nie można żądać wtedy osobnego wynagrodzenia. Nazwać mumifikacyję lub przemianę tłuszczowoskową lub maceracyję zgnilizną nie byłoby znowu zgodném z obecném stanowiskiem nauki. Z wykonaniem sekcyi zwłok zgniłych nie łączy się wcale dla obducenta większe niebezpieczeństwo, są nawet przypadki, w których wykonanie sekcyi na zwłokach względnie świeżych jest bez wątpienia niebezpieczniejszém aniżeli na zwłokach zgniłych, jak to ma miejsce w przypadkach zakażenia ropnicowego, karbunkułu itp. a przecież w tych przypadkach nie żąda się osobnego wynagrodzenia. Wynagrodzenie mniejsze aniżeli za wykonanie zwykłéj sekcyi ma być przyznawane za same oględziny płodu poronionego, albo za oględziny części dodatkowych płodu, znalezionych osobno bez płodu.

Trzecia grupa, obejmująca badania rozmaitych przedmiotów, dzieli się na trzy działy. Do pierwszego należą wszelkie oględziny np. narzędzi; do drugiego badania mikro- i spektroskopowe itp., do trzeciego badania chemiczne. W dziale ostatnim zaleca N. R. Z. przy wymiarze należytości dokładne uwzględnienie przedmiotu, który był poddany badaniu i zabiegów, jakie były potrzebne przy badaniu. Nadto zwraca N. R. Z. uwagę na to, ażeby lekarze sądowi dawali pewne wskazówki chemikom, względnie sądowi, gdyż zaniedbanie takich wskazówek naraża na znaczniejsze koszta.

Za przeglądanie aktów ma być przyznawaném osobne wynagrodzenie, a to z uwzględnieniem osobnych przepisów kiedy takie przeglądanie jest potrzebném i w miarę objętości aktów.

Za każde orzeczenie ma być w myśl projektu przyznawaném osobne wynagrodzenie, lecz w projekcie rozróżniono dwa rodzaje orzeczeń ze względu na wysokość wynagrodzeń a mianowicie orzeczenia zwykłe, tj. bez motywowania i orzeczenia obszerne z uzasadnieniem opartém na naukowéj podstawie. Czy w pewnym przypadku ma być wydane orzeczenie pierwszego lub drugiego rodzaju, rozstrzyga Sąd w porozumieniu z lekarzami, ostatni jednak mają wtedy tylko prawo likwidować za orzeczenie obszerne, jeżeli ich Sąd do wydawania takiego orzeczenia wyraźnie wezwał, lub jeżeli następowo okazała się potrzeba obszernego orzeczenia.

Za udział w rozprawach ma być wypłacaną należytość téj saméj wysokości za każde pół dnia, co i za pierwsze pół dnia a nie mniéj, jak to dotąd ma miejsce, a to dla tego, że tak dla lekarza, jakotéż dla każdego człowieka strata czasu jest tém dotkliwszą im więcéj czasu już był utracił. Jeżeli rozprawy lub inne badania nie przyszły do skutku a lekarza o tém niezawiadomiono dosyć wcześnie, ma tenże prawo żądać wynagrodzenia za czas stracony.

Wreszcie wnosi N. R. Z., aby obydwu lekarzom wezwanym do czynności sądowo-lekarskich wypłacano należytości jednakowe i pod tym względem nie upośledzano chirurgów.

Odpowiednie zmiany poczynił radca dworu Roll jako referent w taryfie obowiązującéj weterynarzy, a prof Albert w drugiéj części obecnie obowiązującéj taryfy lekarskiéj, obejmującéj należytości za czynności ściśle lekarskie, chirurgiczne i położnicze.

W końcu czyni N. R. Z. uwagę, że ustanowienie stałych lekarzy sądowych a nie wzywanie rozmaitych w razie zachodzącéj potrzeby, jak się to obecnie dzieje, stanowiłoby postęp na tém polu połączony z niewątpliwemi korzyściami dla sądownictwa, a jako przykład przytacza, że czynności policyjno-sanitarne poruczono wyłącznie lekarzom powiatowym. Lekarze ci, ustanowić się mający, powinni być stawieni na równi z urzędnikami tak co do tytułu jakotéż wszelkich korzyści połączonych ze stanowiskiem urzędników. Obecny bowiem porządek rzeczy zmusza lekarzy do uważania zajęć sądowych za czynność uboczną i nie jest dla nich wcale bodźcem do poświęcania się téj ważnéj gałęzi nauk lekarskich w tym stopniu i z taką gorliwością, na jaką ważność przedmiotu zasługuje. Niedostatek ten uczuwać się daje przedewszystkiém w tych przypadkach, w których najważniejsze czynności sądowo-lekarskie, np. sekcyje, wykonywają lekarze nie mający w tym kierunku dostatecznych wiadomości i doświadczenia. Lekarze ci znajdują się w skutek tego w położeniu przymusowém, a z drugiéj strony uzyskuje sądownictwo protokóły i orzeczenia niedostateczne a czasem zgoła nie użyteczne. Okoliczności te składają się na to, że niejednokrotnie przypadki zwykłe bywają gmatwanemi, że zachodzi potrzeba dokładniejszych dochodzeń, ekshumacyj itp. i tym sposobem rosną niestosunkowo wydatki funduszów inkwizycyjnych. Jako środki mające zapobiedz złemu zaleca N. R. Z. ustanowienie stałych lekarzy sądowych, udzielanie posad tych lekarzom, którzy się wykażą większém doświadczeniem i gruntowną wiedzą sądowo-lekarską i zarządzenie, aby przy czynnościach sądowych przynajmniéj jeden z lekarzy należał do grona znawców stale ustanowionych. Zarządzenia tego rodzaju wpłynęłyby na utworzenie się zastępu lekarzy, którzy uważaliby swoje czynności sądowe, jeżeli nie za jedyne, to przynajmniéj za główne swoje zadanie i przykładaliby się gorliwiéj do téj gałęzi nauki. Wreszcie uważa N. R. Z. urządzenie centralnych stacyj dla badań mikroskopowych i chemicznych za niezbędne.

Każdy lekarz sądowy doświadczony przyzna bez wątpienia słuszność zasadom, jakiemi kierował się referent N. R. Z. w ułożeniu nowéj taryfy. Już z niniejszego treściwego zestawienia widać, że najdotkliwiéj uczuwane braki i niedokładności taryfy obowiązującéj starano się uwzględnić, czy jednak uwzględnienie to okaże się praktyczném, czy nie będzie w tém nowém dziele nowych luk, to ocenić będzie można dopiero po ogłoszeniu odnośnych cyfr, które w tym przypadku stanowią o przedmiocie, a wreszcie po trwaniu przez czas pewien nowéj ustawy, gdyż tylko tym sposobem wyjdą na jaw wątpliwości lub skutki interpretacyi ustawy niezgodnéj z pierwotnym celem referenta i myślą ustawodawcy.

Uwagi dołączone do projektowanéj taryfy są wprawdzie wypływem długotrwałego doświadczenia referenta, jednak zastosowane są wyłącznie do stosunków wielkich miast, a mianowanie stałych lekarzy sądowych przy Sądach np. obwodowych; może ona wpłynąć zdaniem naszém tylko nieznacznie na zmniejszanie liczby protokołów nieużytecznych lub orzeczeń niedokładnych, gdyż te powstają najczęściéj, jak doświadczenie poucza, w zakresie działania Sądów najniższéj instancyi, a tam przecież nie podobna marzyć o ustanowieniu lekarzy, którzyby mogli czynności sądowe uważać za główne swoje zajęcie i mieli dosyć czasu na oddawanie się przeważnie studyjom sądowo-lekarskim.

O ile wiemy niejednokrotnie starano się już o zamianowanie stałych lekarzy sądowych przy Sądach krajowych i obwodowych, okazały się jednak zawsze przeszkody niełatwe do usunięcia. Obawiamy się więc, że żądanie to tym razem pozostanie *pium desiderium.*

Nie ma w całym projekcie, o ile na streszczeniu polegać można, żadnéj wzmianki o wymiarze należytości w razie podróży sądowo-lekarskich a że i pod tym względem reforma stała się potrzebną, uczuwają dotkliwie lekarze sądowi od lat wielu. *Dr. Schaitter.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

F. Hueppe: **O zarazie na dziczyznę** *(Wildseuche)* **i jéj znaczeniu dla gospodarstwa i higijeny.**

W r. 1878 opisał Bollinger chorobę panującą nagminnie w okolicach Mnichowa pomiędzy zwierzętami dziko żyjącemi, która się pojawiała sporadycznie także pomiędzy bydłem rogatém. Przez kilka lat z rzędu ponawiała się ta choroba pomiędzy zwierzętami dzikiemi i domowemi równocześnie, to znowu wyłącznie pomiędzy rogacizną. Stwierdzono nawet, że się przenosi na konie, trzodę chlewną, na kozy, owce i króliki. Bollinger odróżnił dwie postacie téj choroby: osutkową i płucną, lecz pomimo największego jéj podobieństwa do wąglika nie mógł znaleźć prątków wąglikowych. Kitt wynalazł odmianę prątków właściwą téj chorobie, podobną tylko do bakteryj wywołujących posocznicę u królików, cholerę u kur i zarazę u świń. Przeszczepił prątki na gołębie i myszy ze skutkiem, podczas gdy niektóre morskie świnki, szczury i kury nie dały się niemi zarazić. Hueppe powtórzył te doświadczenia. W formie osutkowéj po zaszczepieniu podskórném podobnéj do wąglika znajdował u bydła rogatego i u świń zapalenie, obrzęki skóry i części miękkich z naciekiem surowiczym albo surowiczo-krwawym. Przebieg jéj bywa gwałtowny i śmiertelny. Postać ta bywa więcéj odosobnioną. Postać płucna szerzy się epizootycznie i ma przebieg bardzo podobny do zarazy płucnéj. Powstaje bowiem zapalenie płuc i opłucny włóknikowe z zapaleniem osierdzia i śródsierdzia w rozmaitym stopniu. Przebieg jéj bywa sześciodniowy, czasem przewlekły. Obok dwóch postaci powyższych bywa także postać kiszkowa, gdy zarazek dostaje się do przewodu pokarmowego.

U bydła rogatego i świń sadowi się zarazek w płucach. Konie dotąd tylko przez skórę zarażone ginęły z formy posokowatéj a Kitt zauważył, że oprócz obrzęku zapalnego były wynaczynionki w narządach wewnętrznych i ociekliniowe zapalenie płuc.

Wielka skłonność świń do przyjmowania zarazka przez płuca i rany w skórze i ta okoliczność, że prawie nigdy u nich nie brak zapalenia kiszek z wynaczynionkami, jakoteż że uderzającém jest podobieństwo do obrzęków wąglikowych, ma wielką wagę pod względem ekonomicznym, ponieważ dawniéj z powodu tego podobieństwa mieniano chorobę rzeczoną z wąglikiem.

Doświadczenia wielu badaczów wskazują, że świnie należące do rasy chowanéj w górach bawarskich, nie zarażają się prątkami karbunkułowemi ani też krwią karbunkułową. Przeciwnie owce zapadają bardzo łatwo na zarazę, o któréj mowa. Na króliki łatwo przeszczepia się zaraza i przebieg jest postaci skórnéj; gdy zarazek wnika przez płuca albo przez przewód pokarmowy, objawy skórne prawie giną. Nie wszystkie króliki giną po szczepieniu i nie chroni ich szczepienie od powtórnego zarażenia.

Zapalenie tchawicy nie jest silném po wdechaniu, podobnież i zapalenie kiszek nie jest zależném od tego, czy zarazek dostaje się przez przewód pokarmowy. Jedynie po zaszczepieniu podskórném zapalenie skóry najsilniéj występuje. U białych myszy szczepienie podskórne sprowadza słabe zapalenie skóry, giną ony wśród objawów posocznicy. U gołębi szczepienie sprowadza naciek w tkance podskórnéj z wynaczynionkami, stłuszczenie i rozpad mięśni, co w tak zwanéj cholerze u kur jest cechującém.

Dziczyzna, bydło rogate, konie, dzikie i domowe świnie, kozy, króliki, myszy, gołębie i niektóre ptaki giną z zarazy na dziczyznę, podczas gdy owce i morskie świnki mało są przystępne dla tego zarazka. Zaraza na dziczyznę jest zgubną dla tego samego prawie gatunku zwierząt co i wąglik, a najważniejsza różnica w tym względzie polega na tém, że najwięcéj ras nierogacizny ma usposobienie do namienionéj zarazy, podczas gdy rasy owiec do wąglika.

Według tych doświadczeń można się spodziewać, że szczepienie wąglika może z czasem większe mieć znaczenie, gdyż zwierzęta po szczepieniu wąglika tylko pozornie giną z wąglika, w rzeczywistości zaś z zarazy na dziczyznę. W czasie panowania wąglika i zarazy na dziczyznę zmniejszy się wartość szczepienia wąglika, ponieważ okazało się, że prawie te same gatunki zwierząt a w części i te same rasy zapadają wśród podobnych miejscowych i czasowych warunków na te obydwie choroby. (Dok. nast.)

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w grudniu roku 1886.

Tyfus brzuszny wzmaga się ciągle lecz powoli. W grudniu stwierdzono w 48 gminach w 29 powiatach u 1007 chorych (w listopadzie w 32 gminach 720 chorych); z leczonych wyzdrowiało 636 czyli 63·2% (w listopadzie 55·6%), umarło 62 czyli 6·2% (w listopadzie 7·2%), pozostało w leczeniu 309 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim (6 gmin), w powiecie kamioneckim i brodzkim (po 4 gmin), największa ilość chorych zdarzyła się w Nakwaszy w powiecie brodzkim, gdzie 5·5% ludności zachorowało, największa zaś śmiertelność była w Hucisku w powiecie złoczowskim = 13%.

Także i tyfus plamisty powoli się rozszerza. W grudniu stwierdzono w 19 miejscowościach, t. j. w mieście Krakowie i 12 powiatach (w listopadzie tylko 12 miejscowości). Z 412 leczonych chorych (w listopadzie 306), wyzdrowiało 283 czyli 68·7%, umarło 28 czyli 6·8% (w listopadzie 7·5%), pozostało w leczeniu 101 chorych. Względnie do ludności największą ilość przypadków choroby stwierdzono w Nosowcach w powiecie tarnopolskim, gdzie 8·8% na tyfus plamisty zachorowało, największą zaś śmiertelność sprawdzono w Łapanowie w powiecie bocheńskim, gdzie 18·5% przypadków choroby zakończyło się śmiercią. Najwięcéj był tyfus plamisty rozszerzonym w powiecie buczackim (w 4 miejscowościach).

Szkarlatyna zmniejsza się. Z końcem listopada pozostało w leczeniu 501 chorych, w ciągu grudnia przybyło 1603, tak iż w tym miesiącu leczono 2104 chorych w 70 miejscowościach, t. j. w mieście Krakowie i 34 powiatach (w listopadzie leczono 2539 chorych w 82 miejscowościach 33 powiatów). Z 2104 leczonych wyzdrowiało 1392 czyli 66·2%, umarło 328 czyli 15·6% (w listopadzie 15·2%), pozostało w leczeniu 384 chorych. Najwięcéj była szkarlatyna rozszerzoną w powiecie tłumackim, gdzie w 8 miejscowościach 300 chorych stwierdzono, lecz z końcem grudnia we wszystkich tych ośmiu gminach choroba wygasła. Także w powiecie złoczowskim, brzeżańskim i tarnopolskim, któreto powiaty z sobą graniczą, była szkarlatyna znacznie rozszerzoną, największą zaś ilość przypadków choroby stwierdzono w Baczowie w powiecie przemyślańskim, przyległym do powiatu złoczowskiego i brzeżańskiego; tam zachorowało, na ludność 660 osób 92 czyli 14%; największą zaś śmiertelność sprawdzono w Uściu w powiecie śniatyńskim, gdzie z powodu powikłania z dyfteryją z 20 chorych połowa umarła.

Dyfteryja rozszerzyła się wprawdzie w pierwszéj połowie grudnia więcéj niż w listopadzie, lecz w drugiéj połowie miesiąca znacznie przygasła. W 30 miejscowościach, t. j. w mie-

ście Krakowie i w 16 powiatach stwierdzono 575 chorych (w listopadzie 409 chorych w 22 miejscowościach). Z tych wyzdrowiało 399 czyli 69·4%, umarło 145 czyli 25·2% (w listopadzie 29·8%). Najwięcéj przypadków choroby stwierdzono w Karniowie w powiecie krakowskim, gdzie 13% ludności zachorowało, lecz z łagodnym przebiegiem choroby; największa śmiertelność zdarzyła się w Gronkowie w powiecie nowotarskim, gdzie z 16 osób 12 dzieci = 75% umarło. Najwięcéj rozszerzoną była dyfteryja w powiecie trembowelskim (4 gminy) i w wielickim (5 gmin), lecz w tym ostatnim powiecie wygasła choroba z końcem miesiąca.

Czerwonka panowała w grudniu w 12 miejscowościach w 5 powiatach. Z 344 leczonych chorych wyzdrowiało 259 czyli 75·3%, umarło 35 czyli 10·2%, pozostało w leczeniu 50 chorych w 4 miejscowościach w powiecie łancuckim i ropczyckim.

Liczba przypadków zachorowania na odrę była w grudniu 1886 wyższą, niż w którymkolwiek z poprzednich miesięcy r. 1885 i 1886. W 112 miejscowościach w 33 powiatach stwierdzono 7718 przypadków, w rzeczywistości zaś cyfra ta była znacznie wyższą. Z 7718 leczonych chorych wyzdrowiało 6191 czyli 80·2%, umarło 609 czyli 7·9% (w listopadzie 6·3%), pozostało 918 chorych (w listopadzie 1269). Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiatach: dobromilskim, jaworowskim, przemyskim, jarosławskim, rawskim, staromiejskim, drohobyckim, stryjskim, doliniańskim, kałuskim, żydaczowskim, przemyślańskim, złoczowskim, zbaraskim. Największa śmiertelność była w powiatowém mieście Jaworowie, gdzie z 110 chorych 23% umarło; także w Rycheiach w pow. Drohobyckim umarło z 281 chorych 44, czyli 15·6%.

Koklusz z powodu małéj śmiertelności w ciągu téj zimy, tylko w nielicznych przypadkach był przedmiotem interwencyi urzędowéj. W grudniu stwierdzono 1249 chorych, z tych wyzdrowiało 869 czyli 69·4%, umarło 35 albo 2·9%, pozostało 347 chorych w trzech powiatach sąsiednich (krakowskim, bocheńskim, brzeskim).

Ospa, która z końcem listopada pozornie wygasła, w ciągu grudnia tak się rozszerzyła, że w 8 powiatach, a w 16 gminach, leczono 343 chorych, z tych wyzdrowiało 130, czyli 37.9%, szczepionych, 43 = 12·5% nieszczepionych, umarło 11, czyli 3·2%, szczepioych, 36 = 10·5% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 88 szczepionych i 35 nieszczepionych. Najwięcéj przypadków choroby było w powiecie drohobyckim, gdzie w 4 miejscowościach 158 chorych (z śmiertelnością = 12·5%), również w powiecie sokalskim w 5 miejscowościach 140 chorych.

Lwów d. 11 stycznia 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ Międzynarodowy kongres higijeniczny w Wiedniu. Na publiczne posiedzenia zapowiedzieli wykłady na pewne: Brouardel i Conradi, Pettenkofer i Virchow warunkowo. Posiedzenia kongresu odbywać się będą w nowym gmachu Uniwersytetu. Komitet urządzający uchwalił: 1) urządzić podczas kongresu wystawę przedmiotów z zadaniem kongresu związek mających, która jednak nie ma być na wielką skalę, ale skromną, zawsze jednak mając cechę międzynarodową; 2) mają być urządzone większe i mniejsze wycieczki; 3) Dr. Henryk Adler ma skreślić krótki higijeniczny przewodnik po Wiedniu i okolicy.

○ Peszt. W wykazie odczytów Uniwersytetu tutejszego na letnie półrocze (rozpoczynające się w drugiéj połowie stycznia) ogłasza prof. Babes kurs bakteryjologiczny.

○ Praga. Na części ogrodu szpitalnego ma być zbudowany dom isolacyjny dla chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi, według planu zatwierdzonego przez prymaryjuszów na wzór domu podobnego istniejącego w Bonnie w systemie pawilonowym. Dom ten mieścić ma 60 łóżek, z których po 20 oddanych będzie dla ospą dotkniętych prof. Pickowi i Janowskiemu, 20 zaś będzie oddanych do dyspozycyi profesorom medycyny wewnętrznéj dla chorych dotkniętych innemi chorobami.

○ Rada związkowa Cesarstwa niemieckiego przyjęła na posiedzeniu 16 grudnia r. z. projekt ustawy co do sprzedaży masła sztucznego a projekt ten został już wniesiony do parlamentu.

○ Na porządku dziennym najbliższego posiedzenia Rady państwa, które ma się odbyć 28 bm., pomieszczono wniosek dep. Rosera i towarzyszy o utworzenie w Austryi państwowego Urzędu zdrowia na wzór istniejącego w Berlinie.

○ Wypracowany w r. 1886 przez austryjackie ministerstwo handlu projekt ustawy o pożywkach ma przyjść pod obrady na najbliższéj sesyi Rady państwa. Niewątpliwie da to pochop do tego, że i w Austryi, za przykładem Niemiec i zachodnich państw Europy, obudzi żywsze zajęcie badanie pożywek i używek. Z tego zapatrywania wychodząc Dr. Heger w Wiedniu postanowił wydawać pismo pod tyt.: *Zeitschrift f. Nahrungsmittel Untersuchung u. Hygiene*, którego zadaniem ma być podawanie odnośnych wiadomości o postępach na polu badań pożywek.

○ Celem założenia „Instytutu Pasteura“, przeznaczonego do badań nad chorobami przenośnemi, a w szczególności nad wścieklizną, jak również na pomieszczenie krajowców i obcych, utworzyło się jak podaje *Correspondenzblatt f. schweizer. Aerzte* towarzystwo z 30 członków. Towarzystwo to ma trwać lat 99 z siedzibę w Paryżu. Suma dotąd na ten cel zebrana dosięga kwoty 1,485.058 fr. Szwajcarska Komisyja lekarska na pytanie Rady związkowéj, czy Szwajcaryja ma się przyczynić do kosztów tego zakładu, odpowiedziała przecząco, a to z powodu, że należy jeszcze oczekiwać wyników Pasteurowskiéj metody i że przez przyczynienie się do kosztów nie nabędzie jeszcze Rząd szwajcarski prawa pomieszczania w zakładzie swych poddanych.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 26,3. Z błonicy umarło 4; z duru brzusznego 1. Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru osutkowego. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Budapeszcie 62, w Wiedniu 9, w Rzymie 14, w Wenecyi 2, w Paryżu 3, w Londynie 1, w Petersburgu 8. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Odesie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Berlinie 1. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 26, w Paryżu 40, w Londynie 12, w Petersburgu 16. Z odry umarło: w Berlinie 9, we Wrocławiu 7, w Paryżu 34, w Londynie 57. Z płonicy umarło w Kolonii 9, w Budapeszcie 11, w Londynie i Petersburgu po 17. Z dławca i błonicy umarło w Berlinie 42, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 11, w Hamburgu 21, w Budapeszcie 9, w Paryżu 31, w Londynie 29, w Chrystyjanii 10, w Kopenhadze 14, w Petersburgu 18, w Warszawie 12. Z krztuśca umarło w Paryżu i Kopenhadze po 7, w Londynie 19. Jeszcze donoszą o szerzeniu się cholery w Iglo w komitacie Spiskim. Do 9 grudnia zapadło tam na cholerę 38, a umarło 23. W Keszmarku zapadło dotąd 30 na cholerę, w Granie gaśnie cholera. W Budapeszcie zachorowało razem na cholerę 1329, umarło 586, t. j. 44,09%.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,9; we Lwowie 39,9; w Brodach 28,0; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 26,3; w Przemyślu 51,9; w Stanisławowie 30,4; w Tarnopolu 45,6; w Tarnowie 32,8; w Czerniowcach 23,2; w Warszawie 27,6; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 27,4; w Salcburgu 27,3; w Gracu 26,9; w Tryjeście 33,3; w Insbruku 18,8; w Pradze 31,7; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 30,7; w Berlinie 22,3; we Wrocławiu 29,8; w Gdańsku 24,5, w Dreznie 19,4; w Hamburgu 37,7; w Kolonii 26,1; w Lipsku 16,8; w Mnichowie 24,8; w Strasburgu 25,5; w Amsterdamie 20,1; w Bazylei 14,7; w Brukseli 24,7; w Budapeszcie 36,8; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 22,3; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 18,8; w Odesie 29,0; w Paryżu 24,5; w Petersburgu 24,0; w Rzymie 26,1; w Stokholmie 22,2; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 19,6. *J. B.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,2. Z róży umarło 1. Doniesiono w tymże czasie: o 3ch przypadkach błonicy i dławca; 2 płonicy, 2 duru brzusznego; 3 duru osutkowego i 2 róży. W tygodniu od 26 grudnia do 1 stycznia umarło z ospy: w Budapeszcie 29, w Warszawie 5, w Pradze 1, w Rzymie 14, w Wenecyi 3, w Odesie 2, w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie 2, w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 10, w Londynie i Paryżu po 17. Z odry umarło w Londynie 114, w Wrocławiu 13, w Pradze 12, w Paryżu 32. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 12, w Londynie 25, w Petersburgu 11. Z dławca i błonicy umarło w Berlinie 43, w Gdańsku 8, w Dreznie 12, w Budapeszcie 9, w Paryżu 32, w Londynie 25, w Chrystyjanii 10. Z krztuśca umarło w Londynie 27.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 grudnia do 1 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,1; we Lwowie 34 9; w Brodach 20,8; w Drohobyczu 38,5; w Kolomyi 47,3; w Przemyślu 43,7; w Stanisławowie 17,8; w Tarnopolu 29,9; w Tarnowie 30,9; w Czerniowcach 34.3; w Warszawie 21,3; w Poznaniu 35,0; w Wiedniu 28,3; w Salcburgu 11,4; w Gracu 35,6; w Tryjeście 35,8; w Insbruku 38.6; w Pradze 36,1; w Bernie 36,2; w Ołomuńcu 17.9; w Opawie 46,9: w Berlinie 22 8; we Wrocławiu 33,7; w Gdańsku 34,3; w Dreźnie 21.6; w Hamburgu 33,4; w Kolonii 23,5; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 26,0; w Strasburgu 26,9; w Amsterdamie 24,1! w Bazylei 16,9; w Brukseli 24,1; w Budapeszcie 31.3: w Chrystyjanii 29,2; w Genewie 21,6; w Kopenhadze 18,2; w Londynie 23,9; w Odesie 25,4; w Paryżu 23,9; w Petersburgu 29,8; w Rzymie 26.2; w Stokholmie 20,2; w Wenecyi 20,7; w Zurychu 11,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 20 stycznia. Zarówno z nami święci jubileusz 25-letni Časopis lékařův českých oraz Spolek českých lekařův, będący właścicielem tego czasopisma. W ciężkich czasach powstało Towarzystwo lekarzy czeskich, przetrwało złą dolę i doczekało się założenia uniwersytetu, a tém samém i Wydziału lek. czeskiego, w skutek czego byt nietylko Towarzystwa samego ale i jego organu jest ustalony. D. 24 bm. odbędzie się w Pradze uroczyste posiedzenie Towarzystwa, na którém po przywitaniu członków i gości przez obecnego prezesa prof. Hlavę odbędą się odczyty doc. Chodounskiego, prof. Hlavy i doc. Mareša, poczém o godzinie 8éj wieczór nastąpi bankiet w Biesiadzie miejskiéj. Zdala od naszych pobratymców żywy bierzemy udział w pięknéj ich uroczystości, serdeczne przesyłając im życzenia: *Crescant, floreant!*

* Sejm galicyjski uchwalił bez dyskusyi wnioski, przez komisyję budżetową przedstawione, co do otworzenia oddziału chorób ocznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Uchwała ta opiewa:

1. Sejm upoważnia Wydział krajowy do urządzenia oddziału ocznego przy szpitalu św. Łazarza w dwóch salach w suterenach jednego z pawilonów. Oddział ten ma być otworzonym z dniem 1 lipca 1887 r.

2. Oddział oczny ma być oddziałem wyłącznie szpitalnym. Chorzy będą przyjmowani tylko o tyle, o ile starczy miejsca w przeznaczonych na ten cel dwóch salach.

3. Na adaptacyję i koszta pierwszego urządzenia oddziału wstawia się w preliminarz szpitala św. Łazarza na r. 1887 jednorazowo, jako wydatek nadzwyczajny, kwotę 2.590 złr.

Tym sposobem stało się nareszcie zadosyć potrzebie wielkiéj, o któréj nieraz wspominaliśmy w tygodniku naszym.

* **Lwów** 14 stycznia. W kwietniu 1887 r. przypada 25-letnia rocznica rozpoczęcia czynności w zawodzie lekarskim Dra Alfreda Biesiadeckiego. Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła obchodzić dzień ten uroczyście, chcąc tym sposobem objawić nietylko rzetelne i szczere uznanie zasług około Towarzystwa lekarzy galicyjskich, oraz wdzięczność za trudy i prace, podjęte przez jubilata w interesie funduszu wsparcia wdów i sierot po lekarzach, ale zarazem pragnie uczcić męża, który z nieugiętą odwagą ćwierć wieku szedł zawsze prosto tam, gdzie mu wskazywało przekonanie i szlachetny charakter, profesora, który był chlubą fakultetu lekarskiego prastaréj wszechnicy Jagiełłów i naczelnika rządowéj administracyi sanitarnéj, któremu honor i interes stanu lekarskiego i towarzyszy zawodowych gorąco leżą na sercu. Aby myśl powyższą w czyn wprowadzić, wybrała sekcyja lwowska komitet, który ma zebrać w drodze składek poważny fundusz, który uroczyście wręczonym zostanie jubilatowi z życzeniem, aby oznaczył jego przeznaczenie na cel publiczny i odsetkami rozporządzał dożywotnie. Do komitetu należą: prof. Dr. A. Czyżewicz, Dr. J. Merunowicz, Dr. H. Schramm, Dr. Edward Stroynowski.

* **Berlin**. Tajny starszy radca lekarski Eulenberg, radca ministeryjalny w minist. oświaty, przeszedł w stan spoczynku a posadę jego objął Dr. Schönfeld, radca rządowy i lekarski. Dr. Eulenberg liczy obecnie lat 73, od r. 1848 fizyk w Bonn i docent prywatny medycyny sądowéj i farmakologii, 1850 radca lekarski w Koblencyi, 1860 radca rządowy w Kolonii a od r. 1870 na obecnéj posadzie. Z licznych jego prac najbardziéj są znane dzieła o gazach trujących i o higijenie przemysłowéj. Jest on wreszcie redaktorem czasopisma *Viertelj. f. ger. Medicin.*

* **Wiadomości uniwersyteckie Würzburg**. Docent okulistyki Dr. Helfreich mianowany został profesorem honorowym. — **Berlin**. Dr. Oppenheim habilitował się jako docent chorób nerwowych.

* **Wiadomości osobowe**. Posadę lekarza miejskiego w Trawniku (w Bośnii) (p. Przegl. Lek. z r. 1886, Nr. 48) otrzymał Dr. Saidenfeld, niedawno promowany w naszym uniwersytecie.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Józef Gracka rodem ze Lwowa.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł b. prof. kliniki wewn. Halla.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lek.* Nr. 3: Teichmanna: Trzy rzadkie nieprawidłowości, które spowodowały głuchotę; Nenckiego i Fabiana: O przetworach fermentownych mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze; Szadka: Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 3: Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby; Stankiewicza: Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki (dok.); Pacanowskiego: Obecny stan kwestyi o nadmiernem wydzielaniu i nadmiernéj kwaśności soku żołądkowego.

Redakcyja otrzymała:

Prof. KORCZYŃSKI i Dr. JAWORSKI: Klinische Befunde bei Ulcus u. Carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen. (Odbitka z „D. med. Woch. 1886 Nr. 47—49). Berlin 1887 in 8vo str. 40.

Dr. Klemens KÖHLER: Ukleje nosa. (Odbitka z rocznika Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu 1887), in 8vo str. 23.

Dr. Br. ZIEMIŃSKI (w Paryżu): De l'ophthalmie croupale. (Odbitka z „Recueil d'Ophthalmologie"). Paryż 1886, in 8vo str. 15.

Dr. H. PACANOWSKI: Nerwice żołądka. (Odbitka z „Kroniki Lekarskiéj"). Warszawa 1887, in 8vo str. 77.

Nicolai TUFANOW: Uiber Cyclamin, Inauguraldissert. Dorpat 1886, in 8vo 91.

Hermann THOMSON: Uiber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch pharmakologische Agentien, Inauguraldissert. Dorpat 1886, in 8vo str. 105

Verlagskatalog von Ferdinand Enke in Stuttgart. Zur Feier des 50j. Bestehens der Firma. Stuttgart 1887 in 8vo str. 173.

Ustawa Towarzystwa lekarzy w Łodzi. Łódź 1886, in 12 str. 33.

Piśmiennictwo lekarskie. LANDOIS L. Lehrbuch der Physiologie des Menschen 5 Aufl. M. zahlr. Holzschn. 1 Abth. 8 Wien, Urban et Schw. M. 5.

OERTEL M. J. Therapie der Kreislaufs-Störungen etc. 3 Aufl. M. 38 Abb. 8 Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 26 b. m. o godzinie 6éj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) Kol. prof. Obaliński przedstawi dwoje chorych operowanych w szpitalu św. Łazarza. 2) Dr. Walentowicz przedstawi pasorzyty z gatunku *Echinorhinchus*, poczém 3) odbędzie się dyskusyja nad wykładem Dra Prusa o cholerze i nad przypadkiem przedstawionym na ostatniém posiedzeniu przez Dra Górskiego.

W skutek objawionego życzenia chętnie podawać będziemy wiadomość o osiedlaniu się kolegów w Galicyi, Bukowinie i Szląsku lub w innych prowincyjach; w którymto celu upraszamy kolegów o zawiadomienie nas wczesne o wyborze miejsca pobytu lub przeniesieniu z urzędu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6540. **KONKURS.**

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 zlr. w. a., połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi, musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białej. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, najdaléj do ostatniego Lutego b. r. do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1877 r. Burmistrz *Nahowski.*

W należycie urządzonym mym zakładzie ortopedyczno-gimnastycznym (róg ulicy Sławkowskiéj od Plant l. 31) przyjmuję do leczenia osoby dotknięte ułomnościami ciała, jak np. wystającą łopatką, podwyższonem biodrem, skrzywieniem kręgosłupa, niekształtnością odnóg, o upośledzonych ruchach ciałotworu. Prócz tego przyjmuję na gimnastykę leczniczą i higijeniczną osoby względnie zdrowe pragnące utrzymać się przy zdrowiu, tudzież i młodzież obojéj płci w osobnych godzinach do gimnastyki zbiorowéj, skierowanéj specyjalnie na prawidłowy rozwój młodocianego ustroju. — W stosownych przypadkach łączy się leczenie ortopedyczne z hydroterapiją i mięsieniem. Pacyjentów zamiejscowych przyjmuję na wikt i mieszkanie. *Dr. Wenanty Piasecki.*

Dr ADAMA MAJEWSKIEGO
ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)
otwarty przez zimę.

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy i Sanatorium
w Zuckmantel (na Śląsku austr.)
otwarty przez rok cały.

KONKURS.

Na posadę lekarza sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym w Jaśle z roczną płacą 300 zlr. i wolném pomieszkaniem w budynku szpitalnym.

PP. Kompetenci wszech nauk lekarskich zechcą podania swe wnieść na ręce burmistrza w terminie do ostatniego Stycznia 1877.

Jasło dnia 3go Stycznia 1887. Burmistrz *Metzger.*

QUINA LAROCHE

ELIXIR WINNY **z ŻELAZEM**

QUINA LAROCHE jest najpokładniejszym preparatem ze wszelkich środków z chininą. Smak posiada przyjemny i skuteczność jéj uznana została w słabościach żołądka, gastralgii, wynędznieniu, braku apetytu, w trudném i mozolném przyjściu do zdrowia po ciężkich chorobach etc. Zapobiega i leczy GORĄCZKI peryjodyczne jak również następstwa tychże.

Zalecane młodym osobom do osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jéj piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia etc.

Paryż, 22, ulica Drouot.

We Lwowie Apteka Sklepińskiego.

Rok XXII.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowéj i praktycznéj, wychodzić będzie w r. 1887 a 22im od założenia Gazety, według tego samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiéj zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie **5 rubli**, półrocznie **2 rs. 50 kop.**, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie **6 rubli**, półrocznie **3 ruble**.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz.** (Warszawa, Marszałkowska 115.)

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz.** (Warszawa, Marszałkowska 119.)

FABRYKA ZAŁOŻONA W NOWEJ ZIEMI ROKU 1849.
APTEKA HOGG'A, 2, RUE CASTIOGLIONE W PARYŻU.

HUILE DE FOIES FRAIS de MORUE de HOGG

TRAN Z ŚWIEŻEJ WĄTROBY SZTOKFISZOWEJ, HOGG'A,



pierworodny, koloru słomy, smaku sardynek. *Na gruźlicę, katar, dla dzieci słabych, bardzo pożywny.* — Tran ciemniejszego koloru, znacznie niższej ceny, pochodzi z wątrób zepsutych, co jest przyczyną jego koloru i odrażającego smaku.

(Opinia Akademii medycznej).

Tylko we flakonach trójgraniastych jak okaz — Flakony nieopatrzone na etykiecie pieczęcią Rządu Francuzkiego uważać należy za podrobione.

Dostać można we wszystkich lepszych aptekach.

ZAKŁAD FABRYCZNY WÓD SZTUCZNYCH MINERALNYCH

WODĘ SODOWĄ HIGIJENICZNĄ
i
WODĘ SODOWĄ KWAŚNĄ LECZNICZĄ
mocniejszą i słabszą

z polecenia i według wskazówek Szan. Komisyi przemysłowéj Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wyrabia i rozsyła, pierwszą w syfonach i flaszkach, drugą tylko we flaszkach.

K. RZĄCA i CHMURSKI
w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 29 Stycznia 1887. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych.

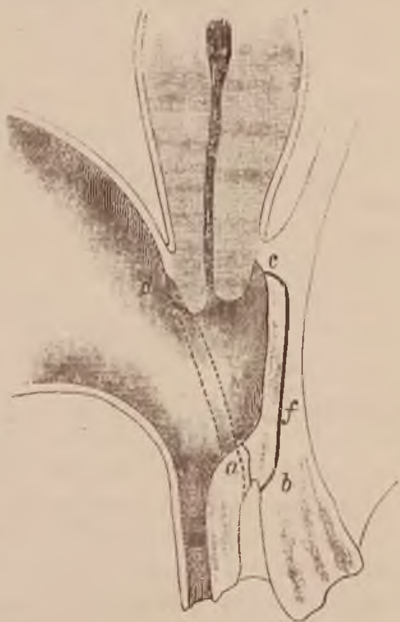
(Podług wykładu mianego na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie).

Podał

Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

W drugim przypadku u kobiety 42-letniéj przetoka była jeszcze dłuższą i szerszą. Część pochwowa macicy była prawie zupełnie zniszczona; pozostał bowiem tylko mały kikutek w miejscu tylnéj wargi; resztę zastępowały blizny, które prócz tego zajmowały i górną część pochwy. Przetokę tę nabyła chora przy 6 porodzie; w położeniu pośladkowém porodzony aż do ramion tkwił w miednicy przez 36 godzin; lekarz przywołany ukończył poród bez pomocy narzędzi. Wynalezienie kanału macicznego nie było łatwe. Rozszerzywszy blizny w pochwie wałkami Bozemana dwukrotnie usiłowałem wprost zamknąć przetokę przez zeszycie jéj brzegów, lecz naprężenie było tak znaczne, iż zeszyte brzegi zawsze wnet się rozwarły. Wówczas zakreśliłem sobie następujące postępowanie. Wpierw zamierzałem równolegle do przedniego brzegu przetoki (*a*) pochwę poprzecznie zamknąć. Późniéj byłbym tuż poniżéj zaszycia tylną ścianę pochwy poprzecznie naciął i od podścieliska odłączył. Dodając cięcia na bokach i cięcie poprzeczne u góry (w miejscu „*c*“) byłbym sobie utworzył płat oddzielony z tylnéj ściany pochwowéj któryby miał podstawy przy „*ab*“; płat ten miał służyć do wszycia w otwór przetoki (zobacz kropkowaną linią na rycinie). Zamknięcie pochwy poniżéj przetoki wykonałem bez trudu. Lecz gdy chorą odesłałem do domu, aby odetchnęła i wróciła późniéj dla dokończenia operacyi, czuła się tak zdrową, iż zgodzić się więcéj nie chciała na żadne dalsze rękoczyny. Tak więc plan mój nie został wykonany. Zdaje mi się jednak, że podobne postępowanie jest do wykonania i dobrze posłużyćby mogło wobec bardzo wielkich przetok. Gdyby mi się nadarzył odpowiedni przypadek, nie zaniechałbym przeprowadzenia tego planu. Dla ułatwienia sobie operacyi postępowałbym jednak innym porządkiem. I tak najpiérw naciąłbym u góry (w miejscu „*c*“) pochwę poprzecznie dodając po każdéj stronie tylko górne ²/₃ bocznych cięć (do *f*) i odłączyłbym w ten sposób płat z podstawą ku dołowi; płat ten wszyty w tylny obwód przetoki oddzielałby ją od górnéj części pochwy. Po jego przyrośnięciu dopiero zamknąłbym pochwę poprzecznie, lecz nie przez całą jéj szerokość, tylko odpowiednio do szerokości przetoki. Po zagojeniu naciąłbym tylną ścianę pochwy w miejscu „*b*“ poprzecznie i przez uzupełnienie cięć bocznych od dołu aż do *f* uwolniłbym płat zupełnie od tylnéj ściany pochwowéj i wszył go całkiem w przetokę. Za pomocą strzępków gazy jodoformowéj lub téż może przez ściągnięcie szwami brzegów nowo utworzonéj rany starałbym się przeszkodzić przyrośnięciu płata do rany w tylnéj ścianie pochwy.



Że postępowanie takie, gdyby się udało, znaczne przedstawiałoby korzyści w porównaniu z zamknięciem pochwy, nie ulega wątpliwości. Pozostawiając drogę do macicy otwartą nie tylko nie znosiłoby się płodności, lecz co ważniejsza, także

i wypływy miesięczne zwyczajną drogą mogłyby odchodzić, a nie przez pęcherz.

Jako dodatek przyłączam krótkie sprawozdanie o przetokach pęcherzowo-pochwowych przezemnie operowanych.

1) Przetoka pęcherzowa, maciczno-pochwowa, powierzchowna. M. W. w wieku lat 46; rodziła 8 razy bez pomocy lekarskiéj. Poród ostatni trwał 2 dni i 3 noce; położenie płodu czaszkowe; poród ukończono kleszczami, któremi wydobyto dziecko żywe płci męzkiéj. W 3 dni późniéj mocz bezwiednie odpływać począł.

Przetoka znajduje się w środkowéj części przedniéj ściany pochwowéj tuż przed przednią wargą maciczną; otwór jéj drożny dla małego palca. Miednica nie zwężona. Do zamknięcia wystarczyła jedna operacyja.

2) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. Ta sama niewiasta w rok późniéj zaszła w ciążę i nabyła przy porodzie znowu przetokę. Operacyję wykonać trzeba było dwukrotnie. Przy następnym porodzie przetoka nie pojawiła się.

3) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. R. F., lat 40 nabyła przetokę przy pierwszym porodzie trwającym 4 dni, który dobiegł końca bez pomocy lekarskiéj; położenie płodu było czaszkowe.

Miednica płaska; przetoka wielkości talara dochodzi do przedniéj wargi macicznéj. Przedni jéj brzeg ostry, ukryty po za kością łonową i w części przyrósł do kości; lewą jego połowę zakrywa fałd błony śluzowéj. Pierwsza operacyja, którą wykonałem w domu prywatnym, była bezskuteczną może z powodu, że w nocy nikt moczu cewnikiem choréj wypuszczać nie mógł. Po drugiéj operacyi, którą w moim zakładzie wykonałem, chora była zdrową.

4) Przetoka pęcherza do pochwy. M. P., lat 24. wzrostu niskiego, podudzia wykrzywione, miednica spłaszczona. Przetoka powstała przy pierwszym porodzie, który trwał 5 dni aż go wreszcie lekarz za pomocą narzędzi ukończył; mocz dopiero w trzy tygodnie po porodzie przez pochwę odpływać zaczął. Przetoka nie sięga do przedniéj wargi macicznéj, od któréj $^3/_4$ cm. jest oddalona. Zamknięto ją za pomocą jednéj operacyi.

5) Przetoka moczowodu do pochwy. K. L., lat 24, nabyła przetoki po porodzie bardzo ciężkim, dokonanym kleszczami. Z macicy pozostały tylko resztki; mianowicie części pochwowéj nie ma ani śladu; sklepienie pochwy bliznowate, zwężone. Po lewéj stronie w bliznach znajduje się lejkowaty otwór, który dąży ku górze i ku lewéj stronie; końca tego kanału nie można wyśledzić. Zabarwiony płyn, wlany do pęcherza, nie wydobywa się przez pochwę, mimo, iż mocz kroplami do niéj wpływa, zwłaszcza gdy chora na lewy bok się położy. Badając chorą po znieczuleniu można cienki cewnik wsunąć wysoko w prawy moczowód; w lewy wprowadzić go nie można. Rozpoznano przetokę lewego moczowodu. Po badaniu ciepłota bardzo wysoko się podniosła i rozwinęła się ropnica; przerzuty jéj wystąpiły w stawie kolanowym i barkowym. Powoli chora powróciła do stanu prawidłowego. Wtenczas po okrwawieniu zaszyto lejkowaty otwór. W 7 miesięcy po operacyi chora czuła się jeszcze zupełnie zdrową.

6) Przetoka pęcherza do pochwy. M. D., lat 29; przy pierwszym porodzie kleszczami powstała przetoka odległa o $^1/_2$ cm. od ust macicznych; rozlega się ona przez sklepienie pochwy w długości 1 cm. i $^3/_4$ cm. szerokości; przez otwór jéj wysuwa się błona śluzowa pęcherza. Wyleczenie nastąpiło po jednorazowéj operacyi.

7) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. H. P., lat 28, rodziła 4 razy; porody wszystkie były uciążliwe; ostatnie dwa płody przyszły nieżywe na świat. Pomocy lekarskiéj przy ostatnim porodzie nie miała. W 6 dni po nim mocz przez pochwę odpływać począł.

Przetoka, przez którą końcem palca przejść można, leży w linii środkowéj pochwy tuż przy przedniéj wardze macicznéj, warga sama głęboko nadarta. Po pierwszéj operacyi chora była wyleczoną.

8) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa głęboka. M. S., lat 21, nabyła przetokę przy pierwszym porodzie; płód wydobyto po przebiciu główki i zmiażdżeniu kranioklastem. Mocz dopiero po 14 dniach przez pochwę odpływał. Miednica zwężona; średnica Baudeloqua wynosi 17 cm. Przetoka, przedstawia się jako otwór poprzecznie ułożony 1 cm. długi, przednia warga maciczna zniszczona. Zamknięcia dokonano przez przyszycie przedniego brzegu przetoki do tylnéj wargi macicznéj, za pomocą 9 szwów; wyleczenie.

9) Przetoka pęcherza do pochwy. J. B., lat 22, przy pierwszym porodzie, przy którym użyto kleszczy, powstała przetoka. Przetoka ta znajduje się w przedniém sklepieniu pochwy; jest drożną dla końca palca. Miednica nieco zwężona. Zaszyto ją 7 szwami, poczém nastąpiło wyleczenie.

10) Przetoka pęcherza do pochwy. A. R., lat 36, rodziła 3 razy. Porody wszystkie trwały długo; ostatni aż dni 6, który ukończył przywołany lekarz kleszczami bez trudu. W pierwszych dniach po porodzie wydobywały się z pochwy strzępy obumarłe. Całe sklepienie pochwy bliznami zwężone; ujścia macicznego nigdzie odkryć nie można. W dolnych częściach blizn znajduje się przetoka drożna dla cewnika. W 3 dni po operacyi mocz sączyć się począł przez pochwę, lecz po dwukrotném przyżegnięciu azotanem srebra sączenie ustało i chora została wyleczoną.

11) Podwójna przetoka pęcherza do pochwy. R. M., lat 55, rodziła 8 razy. Poród ostatni wykonano kleszczami. Chorą już przed 8 laty operowano w Berlinie bez skutku. Podczas operacyi połączyłem obydwie przetoki w jednę; pozostał jednak po zagojeniu w prawym rogu drobny otwór, który przez ponowną operacyję zamknięto.

12) Przetoka pęcherza do pochwy. A. R., lat 29, posiada przetokę nabytą przy 6 porodzie; płód wydobyto po przebiciu główki. Średnica Baudeloqua mierzy 18 cm. Przetoka znajduje się w przedniém sklepieniu pochwy; przeprowadzić można przez nią zwyczajny cewnik metalowy. Po pierwszéj operacyi wyleczenie.

13) Przetoka pęcherza do pochwy. W. S., lat 36, nabyła przetokę przy 5 porodzie. Przy ostatnich 2 porodach użyto kleszczy, przy 5 atoli dopiero po 3 dniach zawezwano lekarza. Miednica zwężona. W przedniém sklepieniu pochwy znajduje się otwór wielkości marki. Do wyleczenia potrzebne były 3 operacyje.

14) Przetoka pęcherza do pochwy. M. H., lat 45, rodziła 13 razy. Ostatni poród odbył się przed 5 laty; wydobyto wtedy narzędziami bliźnięta. W 6 tygodni po porodzie starano się gdzieindziéj od przetoki chorą uwolnić, i to przez zamknięcie pochwy poniżéj przetoki, lecz bezskutecznie; pozostały bowiem po obu bokach otwory. Podczas operacyi otworzyłem miejsce zaszycia pochwy i spostrzegłem przed przednią wargą maciczną nieco w lewym boku przetokę kształtu trójkąta przy przednim jéj brzegu zwieszał się mały zmarszczony płatek. Przez przetokę błona śluzowa pęcherza znacznie była opadła. Po okrwawieniu brzegów wszyto płatek ów w przetokę i zamknięto ją, lecz jedna strona się nie zrosła. Po drugiéj operacyi, którą na żądanie

choréj podjęto zawcześnie, przetoka zamiast zmniejszyć się, raczéj się powiększyła. Wtedy chora dostała obłędu i wydalić ją musiałem z zakładu niewyleczoną.

15) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa powierzchowna. I. H., lat 17. Przypadek ten już powyżéj jako pierwszy z owych dwóch najtrudniejszych jest umieszczony.

16) Przetoka pęcherza do pochwy. M. N., lat 30, chodzić nauczyła się dopiero w 3cim roku życia. Miednica spłaszczona; średnica Baudeloqua mierzy 17 cm Pierwszy poród, przy którym przetoka powstała, trwał dni 5; główkę płodu dla wydobycia go przebito. Mocz zaraz po porodzie przez pochwę odpływał. Wypływ miesięczny dopiero w 5 lat późniéj pojawił się i był połączony ze znacznemi bólami. Dopiero w 6 lat po nabyciu przetoki na naleganie Dra Paneckiego udała się po poradę do naszego zakładu.

Górna część pochwy i całe sklepienie znacznie bliznami zwężone; części pochwowéj macicy nie ma żadnego śladu. Z trudnością udało się po przecinaniu blizn odszukać wejścia do macicy; do niego wysoko w górze dochodziła przetoka. Najpierw rozszerzyliśmy powoli za pomocą drążków Fritscha kanał maciczny i dopiero potém zaszyliśmy przetokę; do zamknięcia jéj były potrzebne dwie operacyje. Rozszerzony kanał maciczny jednak zwężał się ustawicznie i ztąd wróciły bóle podczas regularności. Usuwa je się przez wprowadzanie od czasu do czasu drążków Fritscha. Drążków tych chora mimo, iż już $1^1/_2$ roku od operacyi upłynęło, dotychczas używać musi.

17) Przetoka pęcherza do pochwy P. Z, lat 28, nabyła przetoki przy 3cim porodzie, trwającym $2^1/_2$ dnia; płód wydobyto kleszczami. Przetoka 2 cm. długa jest od wargi przedniéj macicznéj na 1 cm. odległą. Wyleczenie po pierwszéj operacyi.

18) Przetoka pęcherza do pochwy. M. R., lat 27. Chora ta po drugi raz nabyła przetoki. Wyleczona z pierwszéj przetoki (zob. Nr. 4, M. P.) wyszła za mąż i rodziła w przeciągu $3^1/_2$ roku trzy razy. Poród przedostatni wykonano kleszczami; przy ostatnim przebito główkę płodu. Do wyleczenia téj ostatniéj przetoki wystarczyła jedna operacyja.

19) Przetoka pęcherza do pochwy bardzo wielka. E. M., lat 42. (Przypadek ten jako drugi z najtrudniejszych już wyżéj opisano).

20) Przetoka pęcherzowa maciczno-pochwowa. M. Z, lat 30, rodziła 5 razy; porody wszystkie trwały długo; ostatni 3 dni i 3 noce. Miednica spłaszczona Przetoka większa nieco niż wielkości marki; przez nią opada górna ściana pęcherza. Przednia warga maciczna zniszczona. Przyszycie dolnego brzegu przetoki do resztek przedniéj ściany szyjki macicznéj udało się po dwukrotnéj operacyi.

21) Przetoka pęcherza do pochwy. R. S., lat 63, operowana przed pół rokiem w innym zakładzie dla raka macicy (wycięcie całéj macicy przez pochwę); po operacyi utworzyła się przetoka wielkości marki Gdy powrotu raka nie było widać, postanowiliśmy uwolnić chorą od tyle dla niéj nieprzyjemnego wypływania moczu przez pochwę. W tym celu zamknięto pochwę tuż pod przetoką. Do tego potrzebne były dwie operacyje, po których chora od moczociekn była uwolnioną.

II. Zator tętnicy wieńcowéj serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez
Prof. Dra Korczyńskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Aorta zmian miażdżycowych nie okazuje, jéj powierzchnia wewnętrzna jest zupełnie gładka. Natomiast jéj część wstępująca, co do swéj objętości jest niestosunkowo szeroka w porównaniu z cieśnią i częścią zstępującą; albowiem objętość aorty w części wstępującéj wynosi 80 mm, w cieśni nagle prawie o połowę mniéj, bo 47 mm, w części piersiowéj 44 mm., a 3 ctm. ponad rozdziałem części brzusznéj 36 mm.

W jamie brzusznéj na dnie miednicy małéj zaledwie kilka łyżek cieczy surowiczéj czerwonawéj. Wątroba wielka, waży 1·805 gr. Torebka jéj cienka, brzeg przedni lekko po bokach zaokrąglony. Miąższ na przekroju zalewa się obfitą krwią płynną, jest gładki, przeważnie brunatno-czerwony, z niewybitnie rysującemi się zrazikami, wązkie obwódki więcéj żółtawe okazującemi, i jest wyraźnie kruchszy. Przyrząd żółciowy prawidłowy. Śledziona wielkością nie przekracza wyraźnie granic prawidłowych, waży 225 gramów, okazuje torebkę miernie, niejednostajnie zgrubiałą, w jednem miejscu głębiéj zaciągniętą, gdzie na przekroju pośród miąższu ciemno-czerwonego, prawidłowéj zresztą spójności leży wąskie, a głęboko się zapuszczające ognisko masy białawéj, suchéj, rozetrzeć się dającéj, tkanką bliznowatą otoczone. Nadto w innem miejscu widać przy powierzchni mniejsze, klinowate ognisko, zbitsze, białawo odbarwione, miąższem ciemniéj czerwonym, lecz suchszym otoczone.

Nerki obie prawidłowéj wielkości. Torebka cienka schodzi łatwo z powierzchni blado-sino-czerwonawéj. W obu nerkach znaleziono mniejsze ogniska klinowate, odbarwione, miąższem wybroczynami przesiąkniętym otoczone. Zresztą na przekroju miąższ nerek okazuje budowę prawidłową, znaczniejszego stopnia przekrwienia, zwłaszcza piramid; w ogóle miąższ ten jest soczysty i kruchszy.

Opierając się na opisanym przypadku jako objawy kliniczne zatoru tętnicy wieńcowéj serca uważać należy: napad stenokardyi z rychłém zmniejszeniem się ilości tętna, które zrazu tak samo jak i uderzenie serca nie zmieniają swoich pierwotnych cech, osłabienie jednostronne tonów sercowych lub też istniejących poprzednio szmerów, i powiększenie stłumienia serca ku wierzchołkowi. Wśród tego, mimo szybkiego zmniejszania się ilości tętna, przytomność jest utrzymana, oddech ani przyspieszony ani nasilony, nie ma ani krwiopłucia ani objawów zbrzęknienia płuc (*oedema*), ani sinicy, ani pobladnięcia twarzy. Jako końcowe objawy pojawiają się nagle utrata przytomności, rozszerzenie źrenic, poblednięcie twarzy, drgawki, osłabienie coraz rzadszego tętna, które nagle bić przestaje wśród kilkakrotnych nasilonych ruchów oddechowych. Rozumie się samo przez się, że objawy te co do trwania, stopnia i kolejności ulegać będą rozmaitym odmianom stósownie do tego, czy zator uwięźnie w pniu tętnicy, czy też w jéj gałęzi mniejszéj lub większéj i czy sprawa odbywa się w tętnicy prawéj lub lewéj. Rozmaitość objawów zapewne zależeć będzie także od poprzedniego stanu tętnic wieńcowych i od poprzedniego stanu mięśnia sercowego, a może i od innych ubocznych warunków, jak się tego domyślać można w doświadczeniach nad sztuczném zamknięciem tętnic wieńcowych na zwierzętach dokonywanych, któreto doświadczenia w wynikach swych co do drobniejszych szczegółów nie zupełnie są ze sobą zgodne. Nie zawsze jednak okoliczności składają się tak korzystnie, jak w obecnym przypadku, ażeby rozpoznawszy zapalenie osierdzia lub skrzepy w lewéj komórce módz być przy chorym w chwili, gdy właśnie zator przychodzi do skutku.

W każdym razie przestaje być słusznem zdanie wypowiedziane w r. 1884 przez Leydena (*Zeitschrift f. klin. Med. t. VII.* str. 479) „*doch dürfte eine zuverlaessige Diagnose einer Herzruptur ebenso wenig möglich sein, wie die einer Embolie der Kranzarterie*“.

Zachowując sobie na późniéj opis objawów chorobowych, które towarzyszą zwężeniu tętnic wieńcowych serca wywołanemu sprawą miażdżycową, o ile pod tym względem opierać się mogę na własném doświadczeniu, nadmienię tu

tylko, że nagłemu zatkaniu tętnic wieńcowych nie towarzyszą ani objawy duszności sercowéj *(Asthma cardiacum)* ani objawy obrzęku płuc, podczas gdy wśród powolnego zmniejszania się prądu krwi w tętnicach wieńcowych napady duszności sercowéj, objaw oddechowy Cheyne-Stokesa i przypady obrzęku płuc przydarzają się bardzo często, natomiast brakuje w tych przypadkach zazwyczaj nagłego zmniejszenia się ilości tętna. Na teraz dla przykładu tylko przytaczam przypadek opisany przez Pawińskiego (Gazeta Lekarska 1883, str. 726) i 3 przypadki opisane przez Leydena (*Zeitschrift f. kl. Med t. VII.* str. 472 i nast.), które przeciwstawić można przypadkowi Hammera poprzednio opisanemu i Samuelsona (*Zeitsch. f. klin. Med. t. II.* str. 14), gdzie i oddech był prawidłowy i gdzie sekcyja zbrzęknienia płuc nie wykazała, — a natomiast istniało niezwykłe zwolnienie ilości tętna.

Szczegóły te nie sprzeciwiają się wcale doświadczeniom Welcha o przyczynie zbrzęknienia płuc *(Virchow Archiv* T. 72, str. 375) i owszem zdają się tylko wykazywać, że do powstania zbrzęknienia płuc potrzeba, aby komórka prawa wśród osłabienia lub zupełnéj nieczynności komórki lewéj mogła jeszcze czas dłuższy dokładnie się kurczyć. Jeżeli pobudliwość prawéj komórki wkrótce się wyczerpuje, w takim razie przychodzi tylko do nagromadzenia się krwi w żyłach płucnych (jak w naszym przypadku), braknie zaś czasu do rozwinięcia się zbrzęknienia płuc znaczniejszego stopnia.

Wreszcie nadmienić się godzi, że przypadek nasz co do braku arytmii tętna, rozszerzania się lewego przedsionka i nierównoczesnego upośledzenia czynności obudwu komórek (w tém znaczeniu, że komorka lewa wcześniéj słabnie niż prawa—jak to wnosić można z osłabienia pierwszego tonu nad lewą komórką przy niezmienionych tonach nad tętnicą płucną i komórką prawą) odpowiada więcéj doświadczeniom Samuelsona, co do utrzymanego zaś przez dłuższy czas prawidłowego parcia ościennego krwi w tętnicach a nagłego opadnięcia tego parcia tuż przed śmiercią odpowiada rychléj doświadczeniom Cohnheima i Schulthes-Rechberga.

Jakie znaczenie w powstaniu zmian zapalnych na śródsierdziu ma aplazyja układu tętniczego, będzie przedmiotem następnéj rozprawy.

III. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt.

Podał

Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,

Asystent Inst. Farmakologicznego Uniwersytetu i Doc. Inst. Weteryn w Dorpacie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Pragnąc uniknąć zarzutu, że na głodzonych zwierzętach warunki stają się odmienne, że przeto wyniki, w tych warunkach otrzymane, nie stosują się do warunków normalnych, postanowiłem takie samo doświadczenie wykonać raz jeszcze, lecz tym razem na zwierzętach niegłodzonych. Posłużyły mi do tego dwa trzymiesięczne kociaki także jednego pomiotu, płci, wielkości i barwy i z równemi środkami ostrożności od chwili przyjścia na świat przezemnie wychowywane, jak i króliki. Karmiłem je wyłącznie równemi ilościami mleka. Ostatni raz karmione były wieczorem w przeddzień doświadczenia, tak że tylko w ciągu nocy pozostawały bez pokarmu. Pierwsza porcyja zastrzykniętego do *v. jugularis Ferri natriotartarici* wynosiła 5sz.cm. = 0,0160grm.Fe; w 3 godziny potém otrzymało to samo zwierzę 2,5sz.cm. = 0,0080Fe, również do *v. jugularis*, a w następne 3 godziny jeszcze 10sz. cm. = 0,0320Fe, tym razem do *Art. carotis*. Tym sposobem ogólna ilość zastrzykniętego żelaza wynosiła 0,0560grm.Fe. W 2 godziny po ostatniém zastrzyknięciu, zarówno jak i przez cały czas od pierwszego zastrzyknięcia, nie zauważyłem w zwierzęciu żadnych zgoła objawów ostrego zatrucia żelazem, pomimo że należało się tego spodziewać, wnosząc z pracy H. Meyera i Fr. Williamsa. Zabiłem tedy zwierzę przez upust krwi, jak powyżéj i przystąpiłem do przepłukania tylnéj połowy ciała i organów jamy brzusznéj zupełnie tak samo jak na królikach. W ten sam sposób dla porównawczych badań obszedłem się i z drugim kotem, który wcale nie otrzymał żelaza. Porównawczym rozbiorom, dokonanym zupełnie w tych samych warunkach, co i powyższe, poddałem tym razem więcéj organów niż poprzednio, bo krew, nerki, żołądek, kiszki cienkie razem z grubemi, wątrobę, mięśnie tylnéj połowy ciała, przeważnie pośladkowe i miednicy i wreszcie kości udowe i goleniowe razem ze szpikiem kostnym. I tu przepłukanie tkanek i organów było jak najkompletniejsze. Wyniki rozbiorów są następujące:

Kot niegłodzony bez wstrzyknięcia Fe.

1. *Krew.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono	4,0891 grm.	
Strata po wysuszeniu	3,5532 „	
zatém suchéj istoty	0,5359 „	czyli 13,105%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono:	20,4450 grm.	
Wolumetrycznie otrzymano:	0,00507 grm.Fe.	
Titr kameleonu:	0,000457	
Zużyto „ :	11,10sz.cm.	
zatém w świeżéj istocie		0,0247%Fe.
„ „ suchéj „		0,1885 „ „

2. *Kiszki cienkie i grube.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono	1,7857 grm.	
Strata po wysuszeniu	1,6055 „	
zatém suchéj istoty	0,1802 „	czyli 11,22%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono:	39,85 grm.	
Wolumetrycznie otrzymano:	0,000845 grm.Fe.	
Titr kameleonu:	0,000457	
Zużyto „ :	1,85cm.sz.	
zatém w świeżéj istocie		0,0021%Fe.
„ „ suchéj „		0,0188 „ „

3. *Wątroba.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono	20,7136 grm.	
Strata po wysuszeniu	17,5403 „	
zatém suchéj istoty	3,1733 „	czyli 15,32%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono:	20,7136 grm.	
Wolumetrycznie otrzymano:	0,00137Fe.	
Titr kameleonu:	0,000457	
Zużyto „ :	3,00cm.sz.	
zatém w świeżéj istocie		0,0066%Fe.
„ „ suchéj „		0,0431 „ „

4. *Żołądek.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 11,1815 grm.
Strata po wysuszeniu 10,0570 „
zatém suchéj istoty 1,1245 „ czyli 10,06%.

B. Oznaczenie żelaza

Spopielono: 11,1815 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00059grm.Fe.

Kot niegłodzony po wstrzyknięciu Fe.

1. *Krew.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 4,0646 grm.
Strata po wysuszeniu 3,4059 „
zatém suchéj istoty 0,6587 „ 16,205%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 13,9500 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000548grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 12,00cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0393%Fe
„ „ suchéj „ 0,2425 „ „

2. *Kiszki cienkie i grube.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 1,7813 grm.
Strata po wysuszeniu 1,6339 „
zatém suchéj istoty 0,1474 „ czyli 8,28%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 55,50 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00082 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,80cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0015%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0181 „ „

3. *Wątroba.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 17,7292 grm.
Strata po wysuszeniu 15,2548 „
zatém suchéj istoty 2,4744 „ czyli 13,96%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 17,7292 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00221 grm.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 4,85cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0125%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0895 „ „

4. *Żołądek.*

A. Oznaczeuie suchéj istoty.

Odważono 8,1028 grm.
Strata po wysuszeniu 7,0164 „
zatém suchéj istoty 1,0864 „ czyli 13,40%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 8,1028 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000457grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 1,00cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0056%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0418 „ „

5. *Nerki.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 7,4698 grm.
Strata po wysuszeniu 6,5850 „
zatém suchéj istoty 0,8848 „ czyli 11,84%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 7,4698 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00054 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 1,20cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0073%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0617 „ „

6. *Mięśnie pośladkowe i miednicy.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 1,9234 grm.
Strata po wysuszeniu 1,6351 „
zatém suchéj istoty 0,2883 „ czyli 14,99%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 91,85 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000100 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000457.
Zużyto „ : 2,20cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0011%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0073 „ „

7. *Kości udowa i goleniowa ze szpikiem kostnym.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 6,2784 grm.
Strata po wysuszeniu 2,6123 „
zatém suchéj istoty 3,6661 „ czyli 58,23%.

B. Oznaczenie żelaza.

Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,30sz.cm.
zatém w świeżéj istocie 0,0053%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0526 „ „

5. *Nerki.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,2833 grm.
Strata po wysuszeniu 4,5702 „
zatém suchéj istoty 0,7131 „ czyli 13,49%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 5,2833 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,000457
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 1,25sz.cm.
zatém w świeżéj istocie 0,0108%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0800 „ „

6. *Mięśnie pośladkowe i miednicy.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 2,2995 grm.
Strata po wysuszeniu 2,0314 „
zatém suchéj istoty 0,2681 „ czyli 11,66%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 52,05 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00123Fe.
Titr kameleonu: 0,000457
Zużyto „ : 2,70cm.sz.
zatém w świeżéj istocie 0,0024%Fe.
„ „ suchéj „ 0,0206 „ „

7. *Kości udowa i goleniowa ze szpikiem kostnym.*

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,3169 grm.
Strata po wysuszeniu 2,8018 „
zatém suchéj istoty 2,5151 „ czyli 47,30%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 5,3169 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00109 grm.Fe.
Titr kameleonu: 0,000458
Zużyto „ : 2,40cm.sz.

zatém w świeżéj istocie 0,0207 % Fe.
„ „ suchéj „ 0,0438 „ „

Spopielono: 6,2784 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00119 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000458
Zużyto „ : 2,60cm.sz.

zatém w świeżéj istocie 0,0189 % Fe.
„ „ suchéj „ 0,0325 „ „.

Oprócz powyższych chemicznych rozbiorów stosowałem nadto odczynniki żelaza bezpośrednio na organy wszystkich podległych doświadczeniom zwierząt. Przekonałem się przytém, że wybitne różnice bez doprowadzenia żelaza i po doprowadzeniu tegoż dały się, przy użyciu siarku amonu, i, jeszcze lepiéj, przy użyciu *Ferrocyankalium* i kwasu solnego, zauważyć wyłącznie na wątrobie zarówno królików, jak i kotów i po części także na nerkach. Kawałki wątroby pochodzące ze zwierzęcia, któremu nie wstrzyknięto żelaza, dawały pod wpływem rzeczonych odczynników zaledwie słabą, choć dość wyraźną, reakcyję; reakcyja ta jednak bez wszelkiego porównania stawała się silniejszą, jeżeli próbie poddane zostały kawałki pochodzące ze zwierząt, które otrzymały żelazo. Odnośne kawałki stawały się wtedy w jednym momencie na całéj powierzchni niebieskie, resp. czarne, jakby je kto w błękit berliński lub w atrament pogrążył. Pewna różnica dawała się także zauważyć i na nerkach, a przynajmniéj na nerkach królików, nie stanowiła jednak bezwarunkowo nic takiego, coby, jak to było z wątrobą, od razu w oko wpadało. Błony śluzowe i ścianki przewodu pokarmowego, począwszy od żołądka aż do odbytnicy, zarówno w tym jak i w tamtym razie, nie dawały prawie żadnych makroskopijnych reakcyj na żelazo. Również ujemny był rezultat przy porównawczém w ten sposób badaniu mięśniów i szpiku kostnego.

Kawałki wszystkich wyłuszczonych tu organów, a także i niektórych innych, stwardnione zostały w alkoholu do mikrochemicznego badania, przebieg i wyniki jednak tego badania będą przedmiotem oddzielnéj pracy.

Tabelarycznie i porównawczo zestawione wyniki analiz organów z obu doświadczeń przedstawiają się jak następuje [1]):

Nr.	Od krwi wolny organ [1])	2 przez 4 dni głodzone 2½ miesięczne króliki (A i B)										2 niegłodzone 3-miesięczne koty (A i B).									
		A. Bez zastrzyknięcia Fe					B. Zastrz. 3 cm. sz. Fer. natr. tart = 0,0096 Fe					A. Bez wstrzyknięcia Fe.					B. Z zastrz. 17½ cm. sz. Fer. natr.-tart = 0,0560 Fe				
		% ilość		% ilość Fe		Stopień makrochemicznéj reakcyi	% ilość		% ilość Fe		Stopień makrochemicznéj reakcyi	% ilość		% ilości Fe.		Stopień makrochemicznéj reakcyi	% ilość		% ilości Fe.		Stopień makrochemicznéj reakcyi
		wody	suchéj istoty	dla śwież. istoty	dla such. istoty		wody	suchéj istoty	dla śwież. istoty	dla such. istoty		wody	suchéj istoty	dla śwież. istoty	dla such. istoty		wody	suchéj istoty	dla śwież istoty	dla such. istoty	
1	Krew	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86,895	13,105	0,0247	0,1885	—	83,795	16,205	0,0393	0,2425	
2	Nerki	88,26	11,74	0,0175	0,1490	słaba, rozl.	89,59	10,41	0,0172	0,1652	słaba rozl.	86,51	13,49	0,0108	0,0800	b. słab. roz.	88,16	11,84	0,0073	0,0617	b. słaba. rozl.
3	Wątroba	90,08	9,92	0,0099	0,0998	umiar., rozl.	91,12	8,88	0,0153	0,1723	b. silna rozl	84,65	15,32	0,0066	0,0431	umiar., rozl.	86,04	13,96	0,0125	0,0895	b. sil. rozl.
4	Żołądek	93,98	6,02	0,0050	0,0830	niewidoczna	92,79	7,21	0,0050	0,0693	niewidoczna	89,94	10,06	0,0055	0,0526	niewidoczn.	86,60	13,40	0,0056	0,0418	niewidoczna
5	Kiszki cienkie	94,12	5,88	0,0096	0,1632	„	93,84	6,16	0,0104	0,1688	„	88,78	11,12	0,0021	0,0188	„	91,72	8,28	0,0015	0,0181	
6	„ grube	93,87	6,13	0,0058	0,0946	„	90,96	9,04	0,0088	0,0972	„										
7	Mięśnie pośład. i miedn.	—	—	—	—	—	—	—	—		—	88,34	11,66	0,0024	0,0206	„	85,01	14,99	0,0011	0,0073	
8	Kości ud. gol. i szpik kos.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52,70	47,30	0,0207	0,0438	„	41,77	58,23	0,0189	0,0325	

Przechodząc do wyników pracy niniejszéj, zaznaczyć przydewszystkiém wypada, że zwróconą w niéj została po raz pierwszy, o ile mi wiadomo, uwaga na obecność żelaza w ludzkiém nasieniu i że podane w niéj zostały także po raz pierwszy absolutne ilości żelaza w wolnych zupełnie od krwi organach głodzonego zwierzęcia, w danym razie, królika. Ilości te, jak przekonywa tablica, względnie są dość znaczne. Czy jednak w stanie głodu ilość żelaza w organach staje się zwiększoną, czy też zmniejszoną, na mocy powyższych doświadczeń orzec tymczasem nie mogę, ponieważ brak nierównoległych rozbiorów na zwierzęciu z tego samego pomiotu, w danym razie króliku, lecz niegłodzonym.

Że żelazo, do krwi zastrzyknięte, nie znika z niéj zupełnie, nawet po upływie dość długiego czasu (2 godziny), dowodzą najwymowniéj oba porównawcze rozbiory krwi kociéj przed i po zastrzyknięciu go w formie nietamującéj krwiobiegu. Wniosek ztąd naturalny, że nietylko do rozbioru chemicznego, lecz nawet i dla mikrochemicznych celów, po sztucznem wprowadzeniu do krwi żelaza w formie rozpuszczalnéj, należy bezwarunkowo przepłukiwać organy.

Z pracy niniejszéj wynika daléj, że nietylko mięsień lecz i inne badane organy same przez się nie zawierają w sobie hemoglobiny i że w żadnym z nich, oprócz wątroby, nie nagromadza się żelazo po zastrzyknięciu go do krwi. Być może, że ma to miejsce i z nerką, jak chcą niektórzy,

z badań powyższych jednak to nie wynika. W wątrobie natomiast jak rozbiory okazują, dwa razy więcej jest żelaza po zastrzyknięciu aniżeli bez zastrzyknięcia. Tym sposobem wątrobę uważać należy za organ, jednę z funkcyj którego stanowi wydzielanie się żelaza z organizmu zwierzęcego. Że funkcyja powyższa jest dla wątroby specyficzną i bynajmniéj niezależną od wolnego w tym organie krwiobiegu i silnego unaczynienia, wypływa to z porównawczych rozbiorów szpiku kostnego, gdzie obok wolnego krwiobiegu unaczynienie jest obfite, a mimo to żelazo się tu nie nagromadza. Szczególną skłonność wątroby do wydzielania żelaza objaśniać sobie należy chemicznie silném powinowactwem licznych istot białkowych tego organu do żelaza, resp. tworzeniem się białkanów.

Porównawcze rozbiory mięśni na żelazo wykazują fakt bardzo uderzający, mianowicie że po zastrzyknięciu żelaza mniéj mięsień zawiera tego metalu, aniżeli bez jego zastrzyknięcia, nota bene, jeżeli powyższe różnice od przyrodzonych warunków obu zwierząt nie zależą. Zastanawiającego tego faktu nie jestem w stanie wytłumaczyć sobie w wyczerpujący sposób; przemawia on w każdym razie za tém, że przepłukanie naczyń było rzeczywiście kompletne i zabezpiecza od wszelkich zarzutów z téj strony. Wszak mięsień stanowił zawsze po szpiku kostnym najtrudniejszy do przepłukania organ.

Wreszcie porównawcze rozbiory żołądka i kiszek, dowodząc najwymowniéj, że nie przez ścianki tychże odbywa się wydzielanie żelaza, obalają *eo ipso* wyż wymienioną hypotezę Koberta i Cahna.

Jak żelazo na krew działa i w jakiéj formie nagromadza się w wątrobie, jakie wędrówki w tym organie i w ogóle po organizmie odbywa, o ile się z żółcią wydziela, pytania te zarówno jak i wiele innych, do których wyniki niniejszych badań prowadzą, będą stanowiły materyjał do dalszych poszukiwań w rozpoczętym, a na niniejszém miejscu zaznaczonym kierunku.

Radzie Instytutu weterynaryjnego, która nie szczędziła środków na zaopatrzenie mnie w należytą ilość naczyń platynowych, niezbędnych dla wykonania téj pracy i innych, poważam się złożyć na tém miejscu najgorętsze podziękowanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Dr. Scheck: **O ostrém zapaleniu gardziela.**

Z przyczyn wywołujących to zapalenie nadmienić trzeba: jedzenie zbyt słonych i pieprznych potraw, za gorące lub za zimne napoje, kęsy zbyt duże i twarde, ostre wyskokowe napoje, wreszcie przejście spraw chorobowych z żołądka lub przełyku na gardziel. Ziemssen zaś dodaje jeszcze, że i w przebiegu cholery, duru brzusznego, ropnicy, ostrych wysypek i kiły zdarzają się przypadki ostrego zapalenia gardziela. Objawami są: bolesność znaczna przy połykaniu, przy którém występuje uczucie palenia i darcia w gardzielu i to w rozmaitych częściach tegoż. Jedni chorzy mogą tylko połykać pokarmy płynne, inni zaś stałe, co do tego więc nie ma stałéj reguły. Drugim ważnym objawem jest ból przy ucisku na gardziel, lub też przy zginaniu i wyprostowaniu stosu pacierzowego. Jeżeli więc zajęta jest górna część przełyku, wtedy już samo mówienie, kaszel, odchrząkiwanie, ruchy głową sprawiają choremu dotkliwe bóle. Jeżeli zaś średnia lub dolna część jest zajęta, wtedy nachylanie się, ruchy przy ubieraniu się i każdy inny ruch, przy którym stos pacierzowy zmienia swoje położenie, sprawia choremu ból lub niemiłe uczucia w piersiach lub między łopatkami. — Trzecim objawem jest wydzielanie i wykrztuszanie znacznéj ilości pieniącego się śluzu. W niektórych nawet razach zauważyć można gorączkę, dochodzącą do 39·0°, lekkie majaczenie, wzmożone pragnienie i brak apetytu. Zwykle choroba ta trwa kilkanaście dni lub nawet kilka tygodni. Po wyleczeniu się pozostaje jednak przez dłuższy czas wrażliwość w przełyku przy połykaniu. Rokowanie zwykle jest dobre, aczkolwiek były już przypadki śmierci w skutek zgorzeli, wytworzenia się ropnia, krwotoku lub też w skutek bliznowatego zwężenia gardziela. Leczenie powinno być przedewszystkiém dyjetetyczne. Chorzy tacy powinni żywić się letniém mlekiem, herbatą, kleikami, bulijonem, jajami na miękko i bardzo drobno posiekaném mięsem, a wstrzymać się od wszelkich drażniących pokarmów a tém samém od napojów wyskokowych. Dla uśmierzenia bólów dobre są lody, nie wszyscy jednak chorzy je znoszą, w takich więc razach uciec się należy do zimnych okładów, wcierań ze środków narkotycznych, wstrzykiwań morfinu, a przy niemożności połykania należy stosować lewatywy peptonowe. Dr. S. i Mackenzie polecają też dawać kw. garbnikowy wewnętrznie czy to w postaci pastylek, czy też: *Rp. Acid. tannici* 1·5, *Aq. destill.* 140·0 *Glycerini* 10·0 *DS.* Co 2 godziny łyżkę. (*Münch. med. Wochenschrift* 1886, Nr. 42). *Dr. J. Surzycki.*

Dr. Mohn chwali nadzwyczaj okadzania pokojów i odzieży **kwasem siarkawym**, który jest nawet w stanie przerwać koklusz, jeżeli się go stosuje w mieszkaniach, gdzie są chorzy kokluszowi. Dezinfekcyja podobna, jeżeli ma być skuteczną, musi być ściśle przeprowadzona i należy na każdy meter kubiczny przestrzeni użyć do wykadzania 25 grm. siarki. Po dokładném przeprowadzeniu takiego wykadzenia wnosi się do tego pokoju chore dziecko, przebiera się je w odzienie również wykadzone i natychmiast można zauważyć, że dziecko chore, które przedtém silnie kaszlało, przestaje zupełnie kaszleć. Dr. M. podaje, że na własnych 3 dzieciach przekonał się także o skuteczności tego środka; Schönberg na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Chrystyjanii oświadczał się także za skutecznością tych okadzań. (*Wien. med. Blätt.* 1887, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Aneurysma racemosum arteriale leczone za pomocą wstrzykiwania wyskoku.** W klinice chirurg. w Lipsku obserwowano u 21-letniego kupca na potylicy *Anevrysma racemosum arteriale*, przedstawiające się jako obrzęk wyraźnie tętniący, sięgający ku dołowi do granicy włosów. Według twierdzenia chorego obrzęk ten miał powstać w skutek urazu doznanego w 4tym roku życia. Wielokrotnie próbowano podwiązania naczyń doprowadzających, lecz bez skutku. Ponieważ nie można było myśleć o wycięciu i całkowitém usunięciu narośli, które z powodu znacznie rozwiniętych naczyń zbyt byłoby ryzykownem, zastósowano metodę nakłówania elektrycznego, lecz pomimo 8-krotnego powtarzania nie doprowadziła ona do żadnego rezultatu. Thiersch wpadł wtedy na myśl śródmiąższowego zastrzykiwania wyskoku, aby tym sposobem sprowadzić zeschnięcie tkanki łącznéj i zanik tętnic. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień, zacząwszy od 30% roztworu, poczém stopniowo idąc przez dłuższy czas stósowano roztwór 75%. Za każdym razem wstrzykiwano 1 cm. sz. roztworu w 4—6 miejscach w odstępach 1—2 cm. Ból niewielki ustawał co ½ godziny. W miarę jak narośl ta się zmniejszała i zarazem twardniała, robiono też wstrzykiwania bliżéj środka. Już po 14 dniach widoczne były zmiany: stwardnienie na około,

skóra wiotka, a tętnienie nie występowało tak wybitnie. Po miesiącu i zużyciu 143 cm. sz. rozczynu, cały obrzęk zamienił się w twardą masę a tętnienie można było zaledwie wyczuć na 2 miejscach, dokąd krew silniéj dopływała; w tychże samych miejscach wystąpiła potém nieznaczna martwina, a następnie róża, pod wpływem któréj zapewne nacieczenie rychło ustąpiło, a tętnienie już więcéj się nie pojawiło. Po dwu miesiącach chory był niemal już wyleczony, a dotąd w niczém zmiana nie zaszła; tętnienia nie można już nigdzie wyczuć, a stwardnienie już ustąpiło. (*Allg. medic. Central Ztg.*).

Chirurgija.

Bergmann: **Nowy sposób leczenia zadawnionych złamań rzepki.**

Autor zwróciwszy uwagę na statystykę świeżych złamań rzepki, podaną przez Diverneressa, Brunnera i Rulanda i przytoczywszy 14 przypadków przez siebie w Berlinie leczonych, przychodzi do przekonania, że krwawy sposób leczenia tych złamań jest zupełnie zbytecznym a tylko leczenie ortopedyczne jest wskazaném. Odpowiednie ułożenie, stósowne opatrunki elastyczne, w razie bardzo znacznego krwotoku do kolana punkcyja, a wreszcie wczesne ruchy bierne i czynne i miesienie *musculi quadrati femoris*, oto środki używane przez autora.

Przeciwnie ma się rzecz z przypadkami zadawnionemi, tu odświeżenie i zeszycie odłamków jest wskazaném. Operacyja ta jednak w przypadkach tych nie jest tak łatwą jak w świeżych a czasem napotyka nawet takie trudności, że odłamków nie można w żaden sposób zbliżyć do siebie. W takichto przypadkach zaleca autor operacyję, którą w jednym przypadku w klinice swéj wykonał. Ponieważ czas po złamaniu już był za długi, aby można było myśleć o leczeniu ortopedycznêm, dla tego przystąpił autor do zabiegu krwawego. Po przeprowadzeniu cięcia poprzecznego po nad kolanem wyszukano odłamki rzepki na jakie 8 cm. od siebie oddalone i starano się je do siebie zbliżyć. Pomimo jednak nacięć bocznych i oddzielenia części miękkich ku górze, odłamków nie można było więcéj niż na 2 cm. do siebie zbliżyć. Wówczas poprowadził autor drugie cięcie aż do kości poprzecznie tuż poniżéj guzowatości kości goleniowéj (*tuberositas tibiae*), okroił wewnętrzną i zewnętrzną powierzchnię téjże kości i za pomocą szerokiego dłutka oddzielił całą *tuberositas* aż do stawu. Oddłutowany kawałek wisiał teraz tylko na skórze, która go z przodu pokrywała i na częściach miękkich z boku go otaczających, dał się łatwo ku górze przesunąć a wraz z nim więzadło rzepki i dolny jéj odłamek.

Teraz więc udało się odłamki zbliżyć i za pomocą szwu zespoić. Górną ranę zespojono dokładnie, dolną zaś wypełniono gazą jodoformową, na całą ranę dano opatrunek antyseptyczny. W 5 tygodni później odłamki były zrośnięte, po upływie 6 tygodni chory zaczął chodzić, w dwa miesiące zaś później przy energicznêm miesieniu *m. quadrati femoris* i wykonywaniu ruchów biernych i czynnych chory był w stanie zupełnie nogę wyprostować, zgiąć zaś prawie do kąta prostego.

Wynik korzystny tego zabiegu operacyjnego zależy naturalnie od tego, czy ten oddłutowany kawał kości nie obumrze a względnie czy nastąpi kostne połączenie tego kawałka z podstawą. Autor ani jednego ani drugiego się nie obawia; należyta grubość i szerokość oddłutowanéj kości daje pewność, że płat będzie dobrze odżywiony i że w odpowiedni sposób do podstawy przyrośnie. (*Deut. med. Wochenschrft* 1887, Nr. 1). *Dr. Sondermayer.*

S. T. Anderson: **Leczenie zwężeń cewki moczowéj męzkiéj za pomocą elektrolizy.**

A. przytacza 4 przypadki leczone w sposób następujący: We wszystkich w przeciągu kilkunastu minut można było wprowadzić do pęcherza świeczki od Nr. 9—17 i w kilku miesiącach osiągnięto zupełne wyleczenie. Korzyści tego sposobu leczenia mogą być następujące: 1) rzadko wymaga on znieczulenia; 2) rzadko występuje krwawienie; 3) sposób ten leczenia jest niebolesnym; 4) chorzy podczas leczenia mogą się oddawać zwykłym zajęciom.

(Czyż nie można szybciéj osiągnąć to samo za pomocą stopniowego, powolnego rozszerzania świeczkami woskowemi a następnie zgłębnikami cynowemi Beniquego? Sprawozdawca w kilku przypadkach uporczywych, nawet podwójnych, zwężeń cewki moczowéj osiągnął tym sposobem leczenia doskonałe wyniki, gdyż wprowadzając początkowo świeczki woskowe Nr. 9 skali francuskiéj wprowadzał przy końcu leczenia świeczki cynowe Beniquego Nr. 26! Czas trwania tego leczenia nie przenosił zazwyczaj jednego miesiąca, a chorzy oddawali się zwykłym zajęciom. Za korzyścią metody powolnéj dilatacyi przemawia także brak tak znacznych kosztów, jakie przyrząd elektrolizy ze sobą pociąga!) (*Annales. of Surgery*. Vol. III, Nr. 5, pag. 434 i *Lancet* 1885, Dec. 5). *Dr. Baracz.*

Choroby kobiece.

Elsässer: **Nowy sposób leczenia przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu błony śluzowéj téjże za pomocą śródmacicznéj galwanokaustyki.**

Metodę leczenia włókniaków macicy już dawniéj przez siebie podaną zaleca Elsässer obecnie z równym skutkiem przeciw zapaleniu przewlekłemu macicy i błony śluzowéj téjże. Doświadczenia robił w klinice Apostoliego w Paryżu. W miejsce wszelkich śródmacicznych zabiegów przyżega błonę śluzową macicy galwanokaustycznie i twierdzi, że postępowanie to jest od innych łagodniejsze, że łatwiéj można nasilenie działania wymierzyć i takowe umiejscowić, że wszystkie kobiety znoszą je łatwo, a jeżeli odpowiednio jest zastósowane, nie bywa żadnych zapalnych powikłań. Daléj, że bezpośrednie chemiczne działanie, które na stopniowém zniszczeniu błony śluzowéj polega, wywołuje niebawem sprawę odnowy téjże, ułatwiającą wessanie złogów wypocinowych i nowotworów.

Do wykonywania zabiegów galwanokaustycznych śródmacicznych potrzebne są właściwe narzędzia, które opisuje. W dokładnym opisie przebiegu operacyi przestrzega zasad przeciwgnilnych, mówi o ostrożnościach, jakie zachować należy w przypadkach powikłanych krwotokami, radzi używać dodatniego, w innych zaś ujemnego prądu. Posiedzenie trwa od 5 do 10 minut i powtarza się co 7—2 dni w miarę potrzeby. Po zabiegu chore muszą zachować spokój przynajmniéj kilka godzin i robić codziennie wstrzykiwania do pochwy z rozczynu sublimatu lub kwasu karbolowego. — Zbawienne skutki widzieć się dają już po pierwszych posiedzeniach.

Chore leczone przez autora w poliklinice poddawały się zabiegowi chętnie i podawały, że doznają ulgi. Zadziwiające bywały skutki przy krwotokach, gdzie nawet takie, które kilka miesięcy trwały, ustawały po trzech posiedzeniach, a chore przychodziły widocznie do siebie. Złych następstw nie widział nigdy, nawet po użyciu najsilniejszego prądu a podczas zabiegu chore bywały tak spokojne, jakby się nic nie działo. (*Berl. klin. Woch.* 1886, Nr. 51). *Dr. Mars.*

Choroby kiłowe.

Fournier: O przyczynach, które wpływają na ciężkość przebiegu kiły.

Autor w nieco dłuższym artykule w *Gaz. d. hôp.* (Nr. 61, 64, 66, 1886), noszącym tytuł *„Des facteurs de gravité de la syphilis“* zastanawia się, co właściwie jest powodem tak częstym złośliwego przebiegu kiły u niektórych ludzi i to nawet w przypadkach, gdzie zarażenie, z jednego źródła pochodzące, wywołuje u jednych przebieg łagodny, u drugich złośliwy lub nawet bardzo złośliwy. W pracy swéj wypowiada autor zdanie, że ciężkość lub lekkość przebiegu kiły nie może zależeć od zarazka swoistego. Główną rolę grać się tutaj zdaje jakość gruntu, że tak nazwę, odżywki, na któréj zaszczepiono przyrzut kiły. Korzystnym, zdaniem autora, jest dla rozwoju szybkiego i bujnego przyrzutu ustrój podkopany cierpieniami przewlocznemi ogólnemi lub téż dziedzicznêm usposobieniem. Jako takie momenty usposabiające wylicza autor alkoholizm, wiek podeszły, zołzy, gruźlicę, zimnicę, usposobienie dziedziczne, natężenie w pracy jakiejkolwiek, a wreszcie zupełnie zaniedbane lub niedostateczne leczenie w samych początkach choroby. Momenty te szkodliwie wpływające na przebieg kiły wywołują do pewnego stopnia ważne a sobie właściwe zmiany. I tak przewlekłe zakażenie wyskokowe wpływa zazwyczaj w ten sposób, że wysypka na skórze odznacza się większêm nasileniem, większą uporczywością, że występują przeważnie postacie złośliwsze, skłonne do zlewania się i przeobrażania w owrzodzenia. U pijaków właśnie najczęściéj już w drugorzędnéj kile pojawiać się zwykły nieraz kilaki (*Syphilis maligna praecox*), daléj objawy ze strony ośrodków nerwowych, a także i charłactwo syfilityczne, często śmiercią się kończące. Co do rodzajów wysypki skórnéj to podobnie jak pijaństwo usposabia wiek bardzo wczesny lub też podeszły. Usposobieniu gruźliczemu i zołzowemu towarzyszyć zwykły choroby oczu, kości, stawów, krtani i nosa. Tutaj częstokroć spotykamy obraz chorobowy, w którym trudno odróżnić, które z objawów należy odnieść do zakażenia kiłowego, a które policzyć na karb usposobienia wrodzonego. Co się tyczy zimnicy, to autor nie omawia właściwych, szczególnych postaci kiły, jakie temu charłactwu towarzyszyć zwykły, ale podnosi, że w takich przypadkach z ciężkim przebiegiem kiły częstokroć zmiana pobytu chorego nader korzystnie wpływa na leczenie. — Sposób życia nieregularny, życie hulaszcze, bezsenne noce, daléj ciąża, długie karmienie, głód itp. bardzo szkodliwie wpływają na przebieg kiły. Tego rodzaju szkodliwości mogą szczególniéj usposabiać pewne narządy do rozwoju łatwego objawów kiłowych (np. mózg u ludzi natężających ten narząd). Podobnież usposabia do ciężkich objawów kiły tylko ze strony pewnych narządów dziedziczność chorób (np. chorób nerwowych). Niedokładne leczenie wpływa głównie na złośliwość trzeciorzędnych objawów i tutaj autor jeszcze raz podnosi ważność wczesnego a długiego leczenia. Są jednak przypadki kiły ciężkiéj, dla wytłumaczenia złośliwości, któréj nie można znaleźć żadnego z powyższych etyjologicznych momentów. Przypadki takie są jednak rzadkie, a zdaniem autora i dla nich nie można szukać przyczyny złośliwości w złośliwszym rodzaju przyrzutu, lecz zawsze są różne inne powody zewnętrznéj lub wewnętrznéj przyrody, które skrzętnêm a dokładnêm klinicznêm badaniem nieraz udaje się wykryć, a co ma nie mały wpływ na rokowanie i samo leczenie. *Dr. Kopff.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska

VI Zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. z dnia 9 października 1886.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 16.

Prezes wita członków i zaprasza do pracy po wypoczynku przez lato, poczêm wyrażając żal z powodu utraty tak pilnego członka Sekcyi i gorliwego pracownika, jakim był zmarły śp. kol. Schattauer, wnosi, aby uczcić pamięć zmarłego przez powstanie, co uskuteczniono. Następnie zdaje prezes sprawę z uroczystości jubileuszowych dla Berthleffa i Longchampsa i rachunek ze składek na owe jubileusze zebranych.

Kol. Kadyj zdając również sprawę z uroczystości jubileuszowych dla prof. Teichmana, oświadcza, że prof. Teichman dziękuje za życzenia i adres, otrzymane od Sekcyi lwowskiéj, życzy Tow. lek. gal. rozwoju, miastu zaś i kolegom lwowskim w ogóle, aby już raz uzyskać można Wydział lekarski we Lwowie.

Kol. Barącz przedstawia chorego do resekcyi i resekowaną część jelita (36 cm. długą). Przypadek ten zostaje drukiem ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim.

Kol. Widmann wykłada rzecz o dzisiejszym stanie nauki o umiejscowieniu czynności mózgowych. Rzecz ta została pomieszczoną w Nrze 4 i 5 *„Wiadomości Lek.“*

W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział: prof. Kadyj nadmieniając, że anatomiczne badanie mózgu jest jeszcze dotąd nieskończone, że zdaje się, że bruzdy i rowki mózgowe nie mają takiéj doniosłości, jaką im przypisują, lecz powstają raczéj mechanicznie, daléj, że badania doświadczalne patologiczne i fizyjologiczne są bardzo trudne, wreszcie że wątpi, ażeby ośrodki miejscowe w mózgu miały być asymetryczne, skoro cała budowa wskazuje dwie symetryczne połowy, po za któremi tylko pewne niewielkie asymetryje się napotyka. O tyle chyba tylko uważa się asymetryję mózgu za usprawiedliwioną, o ile np. większa praca ręki prawéj (lub u mańkutów ręki lewéj) wymaga więcéj komórek nerwowych w ośrodkach. K. przyjmuje tedy z pewnêm niedowierzaniem prace tego rodzaju, jakie podjęto i ich rezultaty, sądzi bowiem, że może tylko przypadkowym jest ten rezultat badań, że badaczów uderza właśnie jedna tylko strona i jéj ośrodki a uchodzą uwagi środki strony drugiéj.—Kol. Ziembicki wspomniał co do afazyi, że u mańkutów występuje w skutek uszkodzenia nie lewego lecz prawego zwoju czołowego podstawowego, przypuszcza więc, że może np. używanie ciągłe prawéj ręki (lub lewéj u mańkutów) albo przywyknienie nadaje przewagę nerwom ruchowym a względnie ich ośrodkom nad czuciowemi. Prelegent kol. Widmann w odpowiedzi zwraca uwagę przedewszystkiem na trudności przedstawienia téj rzeczy w języku polskim, brak bowiem odpowiednich terminów. Nadmienia daléj, że spostrzeżenia i doświadczenia czynione na psach nie wiele nas nauczyły w téj sprawie, lecz dopiero obserwacyja zranień podczas wojny francusko niemieckiéj naprowadziła szkołę niemiecką na dokładniejszą drogę badań i dziś doprowadziła istotnie badania te do ścisłości i doskonałości. Co do doświadczeń na mózgach psów, to choć im wiele zarzucić można, przyznać należy, że Hitzig i Fritsch robią bardzo delikatne doświadczenia, drażniąc mózg tak małemi elektrodami jak główka szpilki. Nothnagel zaś dokonywa zniszczeń pewnéj cząstki kory mózgowéj za pomocą wstrzykiwań małéj ilości kwasu chromowego. Wprawdzie Goltz twierdzi, że małe zniszczenia kory mózgowéj nie mają doniosłości, że trzeba niszczyć większe części kory i mózgu, lecz w rzeczy saméj doszli i jedni i drudzy badacze do tych samych prawie rezultatów i nie wywołali porażeń połowiczych (jak u ludzi), tylko porażenia 2—3 albo wszystkich odnóg. Kol. W. nadmienia, że tylko ścisłe obserwowanie klinicznych przypadków a potêm wynik dokładnie wykonanéj sekcyi porównany z obrazem klinicznym pozwalałyby czynić pewne wnioski, chociaż i to z pewną ostrożnością, bo jeżeli np. ktoś po udarze mózgowym długo żyje, to wtedy umiejscowienie wywołane zniszczeniem pewnéj części mózgu zatrze się i taka sekcyja wiele nie może pouczyć. Że np. w lewéj półkuli jest centrum mowy a więc asymetrycznie jest środek mowy umieszczony, do-

wodzi najlepiéj ślepota słów. Chory wtedy wymówi lub przeczyta słowo, ale nie rozumie jego znaczenia. Że owe środki nie są przypadkowe stwierdzają najlepiéj ci, co mają tak wiele materyjału jak Charcot, a robią dokładne spostrzeżenia. Charcot up. na obrazach mózgu schematycznie pokratkowanych prowadzi historyje chorych za życia bardzo dokładne, a przy sekcyi notuje w odpowiednich kratkach wielkość i miejsce obrażenia mózgu.

Z porządku dziennego następuje wybór delegata sekcyi lwowsk. Tow. lek. galic. do miejskiej Rady zdrowia. Przewodniczący wnosi, ażeby nie wybierać delegata, albowiem Rada miejska zdrowia niejedną sprawę sanitarną uchwala lub poleca do zarządzenia, a magistrat nie uwzględnia wcale zdania Rady i już niejednokrotnie wręcz przeciwnie postąpił, przez co spada zarzut na Radę zdrowia, że interesów zdrowotnych mieszkańców Lwowa nie uwzględnia. Kol. Widmann, który był dotąd delegatem do miejskiéj Rady zdrowia, popiera wniosek Prezesa nadmieniając, że Rada ta istnieje tylko na papierze, a jeżeli kiedy zwoływaną zostaje na posiedzenia, to bytność na tych posiedzeniach jest czystą stratą czasu, wszystko bowiem, co tylko chce Rada przeprowadzić, nie jest możliwem do przeprowadzenia, bo Magistrat wcale zdania Rady nie przyjmuje; wnosi więc aby delegata nie wybierać, a jeżeli sekcya chce i będzie wybierać, to kol. Widmann oświadcza, że nie życzy sobie być wybranym i wyboru nie przyjmie. Kol. Stroynowski, który należy do miejskiéj Rady zdrowia jako Radny miejski nadmienia, że Rada ta przecież niejednéj pracy dokonała i że nie jest tak źle jak kol. Widmann sądzi, wnosi więc aby wybrać delegata. Wniosek ten popiera kol. Wiktor dodając, że może sekcyja upoważnić delegata, aby ewentualnie wystąpił z miejskiéj Rady zdrowia, jeżeli nadal tak się dziać będzie jak kol. Prezes i kol Widmann podają. Kol. Merczyński aczkolwiek nie zapatruje się na miejską Radę zdrowia jak kol. Stroynowski, sądzi, że Rada jest od tego, aby radziła, czy jéj rady słuchają, czy nie, to już nie wina Rady, zawsze lepiéj, że ktoś ze sekcyi tam jest; wnosi więc, aby delegata wybrano i aby przywileju, jaki sekcyja ma, wysyłania delegata do miejskiéj Rady zdrowia, nie zatracono, poczém po krótkiéj naradzie wybrano kol. Merczyńskiego na delegata do miejskiéj Rady zdrowia.

Dr. Wiktor.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Th. Kitt: **Przyczynek do znajomości cholery u drobiu i jéj szczepienia ochronnego.**

Jak w chorobach zaraźliwych ludzkich, tak bardziéj jeszcze w chorobach zaraźliwych zwierzęcych jest usilne dążenie, aby wykryć i ustalić sposoby ochronnego szczepienia. Do rzędu takich chorób zwierzęcych należy cholera u drobiu. Przyczyną jéj są grzybki, dające się sztucznie hodować. Hodowlą ich osłabioną, z pracowni Pasteura pochodzącą, szczepił Kitt drób a wynik jego doświadczeń w tym względzie nie zachęca do dalszych szczepień. Oto zdanie jego w téj mierze: „Zupełnie zbytecznem, niebezpiecznem nazwałem szczepienie ochronne cholery u drobiu i niemające żadnego praktycznego znaczenia“. Zbieranie odchodów chorego drobiu i ich niszczenie, oczyszczenie i odwietrzenie sprzętów stajennych, zanieczyszczonych przez drób, naczyń do poju, kojców itp. często odrazu epizoocyję przerywało. (*Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin u. vergleich. Pathol.* XIII Bd. 1 zeszyt).

Dr. Buszek.

F. Hueppe: **O zarazie na dziczyznę** (*Wildseuche*) **i jéj znaczeniu dla gospodarstwa i higijeny.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 4

Prątki właściwe zarazy, o któréj mowa, wykryte przez Kitta, można widzieć wprost we krwi bez immersyi i w zapalnym obrzęku. Zabarwiają się wodnym roztworem fuksyny, fioletem i błękitem metylowym, wesuwinem. Najprzydatniejszemi dla przekrojów są błękit metylowy i fuksyna.

Bakteryje są wszędzie we krwi jednostajnie rozmieszczone i są bardzo liczne, jak w żadnéj innéj chorobie. Tylko u gołębi po zaszczepieniu podskórném znajduje się stosunkowo mało bakteryj, jako też niekiedy we krwi rogacizny i nierogacizny w cięższéj powolnéj formie płucnéj. Przeważnie są w surowicy, tu i owdzie w ciałkach krwi tak białych jak i czerwonych. Bardzo rzadko w płucach i nerwach znajdowano naczynia włosowate zapchane bakteryjami.

Czy prątki wnikają w komórki, czy niszczą czerwone ciałka krwi jako pasorzyty wciskają się w ameboidowe komórki krwi i z temi do tkanek i walczą z komórkami tychże, dotąd nie rozstrzygnięto. Również nie wiadomo, czy one działają mechanicznie, czy też przez odciąganie kwasorodu zgubnie działają, czy też wreszcie tworzą swoiste jady zasadowe.

Prątki znajdują się we krwi wiele godzin przed śmiercią. Mnożą się po śmierci i we 3 miesiące krew była jeszcze zakaźną. Długość ich 2—3 razy większa aniżeli szerokość. Długość 4 prątków wyrównywa długości ciałek krwi. Rzadko można widzieć prątki w połączeniu, dopóki przedstawiają się jako koliste albo elipsoidowe komórki barwiące się w całości. Postać ta wydłuża się w prątek z końcami zaokrąglonemi. W prątku dzieli się treść ściągając się ku biegunom i rozdziela cały prątek na dwa. Łańcuszkowe albo pakiecikowe ułożenie nie znajduje się. Ruchu nie mają. Obumierające prątki widział H. 2—4 razy dłuższe z końcami maczugowatemi albo osełkowatemi; fruktyfikacyi w nich nie stwierdzono.

W hodowlach kolonije przedstawiają się w gelatynie jako białe, w agar-agarze jako szarawe, wielkości główki od szpilki, przy miernem powiększeniu jako drobno ziarniste. W hodowlach powstałych przez nakłucie okazują się odosobnione kolonije, albo te spływają się w szarą rysę. Na gelatynie nie widać nigdy rozpłynienia, tylko tworzy się biały nalot czasami wielkości soczewicy. Na agarze jest wzrost podobny, tylko więcéj szarawo biały i przeświecający. Na stężonéj surowicy tworzy się delikatny przeświecający osad. W bulionie powstają naprzód rozlane zmętnienia, potem szarawo biały osad. Na ziemniakach bują jako szarawo żółty lekko wystający nalot. Poniżéj 12—13° C. ustaje bujanie, w cieplocie krwi kolonije rozwijają się w przeciągu 24 godzin, mnożą się także w wodzie bogatéj w azot w ciepłocie pokojowéj, jako też w ziemi ogrodowéj o wilgoci 50—70%. Giną prątki od sublimatu 1 na 5000 w 1 minucie, w 3% kwasie karbolowym w 6 godzinach, w aseptolu 1% w 16 godzinach, w 5% w 1 godzinie a w 10% w 15 minutach. W wodzie ogrzanéj do 80° C giną prątki w 1 godzinie. Zagotowana woda również je gubi; wysuszenie na szkiełku lub nitce pozbawia je żywotności w 3 dniach. Odwietrzanie przeto łatwe.

Hodowle w gelatynie, na agar-agarze tracą jadowitość w przeciągu 4 tygodni, podczas gdy inne hodowle utrzymują zaraźliwość jeszcze przez 4 miesiące. Prątki te pędzą życie pasorzytnicze tylko wyjątkowo.

H. proponuje nazwę dla zarazy, o któréj mowa, posocznica kwotoczna, skórna, płucna i kiszkowa. Czy i dla człowieka jest ona niebezpieczną, dotąd nie wiadomo.

Ma ona wielkie znaczenie dla higijeny, mianowicie dla zrozumienia cechy chorób zaduchowo przyrzutowych.

Według Bollingera zarazek daje się przewlec i przeszczepić, trzyma się wszystkich części schorzałego ciała, osobliwie krwi, produktów chorobowych, treści kiszkowéj. Roz-

mnaża się tak wewnątrz jak i zewnątrz organizmu zwierzęcego. Według tego byłaby zaraza namieniona chorobą przyrzutową jak choroby przyranne. Kitt przez hodowle dowiódł, że zarazek ma okres także pozaustrojowy i zwrócił uwagę na różnicę co do sposobu zarażania w odróżnieniu od wąglika. Zaraza na dziczyznę pojawia się tylko w pewnych okręgach i czasach, pomimo że usposobienie do niéj zawsze bywa jednakowe.

Według teoryi Pettenkofera choroby zaduchowo-przyrzutowe są właściwie chorobami zaduchowemi. Zarazek X opuszcza ustrój jako niezarażający; do niego przyłącza się w gruncie albo w surogacie gruntu czynnik wewnętrzny Y i dopiero wtedy powstaje poza organizmem z X i Y zarazek czynny. Czynnik tak ważny jak usposobienie osobnicze jest tu pominiętym a pomijają go także niekiedy bakteryjolodzy. Dla Pettenkofera istnieje tylko jeden sposób zarażenia — przez drogi oddechowe; przez skórę i przewód pokarmowy zaledwie dla niego istnieje możność zarażenia. I dla tego teoryja co do wody do picia odznacza się u Pettenkofera pewném lekceważeniem dla drogi pokarmowéj.

Dotąd nie stwierdzono przez doświadczenie, o ile otoczenie ma wpływ na osobnicze usposobienie. Wiadomo tylko, że są więcéj i mniéj usposobione pewne gatunki i rasy zwierząt tak do zarazy dziczyznowéj jak i do wąglika, i że rasy usposobione do nich zarażają się zawsze po szczepieniu bez względu na warunki czasowe i miejscowe, podczas gdy same przez się, pomimo usposobienia i panowania tych zaraz, tylko w pewnych przypadkach na nie zapadają. Zarazek ich jest w organizmie, we krwi i cieczach tkaninowych, ale w sposób przyrzutowy przez rany wszczepiony nie sprowadza nigdy epizoocyj. Przyrzutowy więc ten czynnik ma znaczenie ograniczone dla epizoocyi. A nawet dla tyfusu i cholery ta droga zarażania odpada według dotychczasowych doświadczeń. W wągliku i zarazie na dziczyznę potrzeba do przyrzutowego zarażenia oprócz usposobienia także ranki dla wtargnięcia zarazku do ustroju i właśnie ta okoliczność dowodzi, że przez Henlego podana grupa chorób przyrzutowo-zaduchowych musi się jeszcze utrzymać. Fakta epidemijologiczne, doświadczenia kliniczne i bakteryjologiczne przemawiają przeciwko temu, aby choroby przyrzutowo-zaduchowe nie miały się udzielać drogą przyrzutową. Czy także drogą odchodową wydala się zarazek niezarażający, jak Pettenkofer twierdzi, to co do zarazy dziczyznowéj odchody zarażają króliki także drogą szczepienia przez skórę. Wąglikowe zarodniki mogą być w odchodach. Treść jelit w cholerze zaraża po wprowadzeniu jéj do żołądka. Zatém X Pettenkofera, które ma być w chorobach przyrzutowo-zaduchowych niezaraźliwém, według doświadczeń dotychczasowych zaraża. Wąglikowe zarodniki wytwarzają się poza organizmem według Kocha a według Soyki najłatwiéj wykształcają się w ziemi.

Wąglik przedstawia wzorową postać chorób przyrzutowo-zaduchowych w duchu teoryi Pettenkoferowskiej. Udziela się on drogą oddechową a drogą pokarmową w ten sposób, że prątki giną w soku żołądkowym, zarodniki zaś opierają się zabójczemu jego działaniu. Zatém jad w zarazie na dziczyznę tak w stanie rozwoju poza organizmem jak i w nim jest zaraźliwym, nie zależy od jakości gruntu, bo nie ma postaci rozwojowéj zarodnikowéj, tylko prątkową. I ta okoliczność przemawia przeciwko teoryi Pettenkoferowskiéj, jakkolwiek tak zaraza na dziczyznę jak i wąglik są chorobami zaduchowo-przyrzutowemi. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1886. Nr. 44, 45 i 46). *Dr. Buszek.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z dławca i błonicy umarło 3 (0 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Budapeszcie 32, w Wiedniu 3, w Pradze 2, w Rzymie 13, w Petersburgu 6, w Wenecyi, Paryżu i Brukseli po 1. Z duru osutkowego umarło: w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Berlinie 1. Z duru brzusznego umarło: w Hamburgu 19, w Paryżu 23, w Londynie 15, w Petersburgu 14. Z odry umarło: we Wrocławiu 8, w Paryżu 51, w Londynie 104. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 14, w Kolonii 7, w Londynie 11, w Petersburgu 14. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 43, w Dreźnie 16, w Hamburgu i Lipsku po 9, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 22, w Pradze 13, w Paryżu 44, w Londynie 21, w Chrystyjanii 9, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 17. Z krztuśca umarło: w Paryżu 12, w Londynie 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,0; we Lwowie 39,2; w Brodach 33,5; w Drohobyczu 45,7; w Kołomyi 30,1; w Przemyślu 45,6; w Stanisławowie 35,5; w Tarnopolu 41,6; w Tarnowie 32,1; w Czerniowcach 34,6; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 26,0; w Salcburgu 25,6; w Gracu 28,0; w Tryjeście 38,8; w Insbruku 22,7; w Pradze 33,6; w Bernie 43,2; w Ołomuńcu 26,9; w Opawie 20,6; w Berlinie 22,5; we Wrocławiu 34,6; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 23,8; w Hamburgu 34,3: w Lipsku 26,4; w Monachowie 24,7; w Strasburgu 21,4; w Amsterdamie 24,0; w Brukseli 27,1; w Budapeszcie 32,5; w Chrystyjanii 27,4; w Kopenhadze 22,6; w Londynie 26,3; w Odesie 28,0; w Paryżu 25,7; w Petersburgu 29,0; w Rzymie 24.9; w Stokholmie 21,7; w Wenecyi 29,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 27 stycznia. Komisyja redakcyjna Przeglądu Lekarskiego ukonstytuowała się. W skład jéj w roku bieżącym wchodzą oprócz redaktora prezes i wiceprezes Tow. lek. proff. Mikulicz i Kopernicki, podskarbi Tow. docent Zarewicz, wybrani przez Tow. lek. proff. Madurowicz, Cybulski, Oettinger i fizyk Buszek, wybrani przez Tow. lekarzy galicyjskich prof. Rydel i docent Grabowski, wreszcie zaproszeni przez komisyję proff. Domański i Obaliński, Dr. Kwaśnicki, prymaryjusz Paszkowski, docent Gluziński i Dr. Kopff.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego przedstawili: prof. Obaliński chorego z dermanaplastyką powieki górnéj (w dyskusyi wzięli udział proff. Rydel i Mikulicz, Drowie Prus i Sondermajer), docent Pieniążek dwie kobiety uleczone z przerostu błony śluzowéj bocznych ścian krtani pod głośnią, prof. Mikulicz mężczyznę, u którego wykonał według nowéj, własnéj metody resekcyję całéj trzeciéj gałęzi n. troistego; wreszcie Dr. Walentowicz okazał echinorynchy.

* W Poznaniu opróżnioną będzie od 1 kwietnia r. b. posada lekarza asystenta w szpitalu miejskim, połączona z płacą roczną 1000 marek, mieszkaniem wolném, opałem i światłem. Ubiegający się o tę posadę winni do 1 marca wnieść podanie do magistratu. Znajomość języka polskiego jest pożądaną.

* Otrzymaliśmy pierwsze 4 zeszyty V tomu dzieła p. t. *Biographisches Lexicon*, mieszczące w sobie żywoty lekarzy począwszy od Revolata aż do Schroetera. Pomiędzy bijografijami znajdujemy życiorysy lekarzy polskich: Rewolińskiego, Rogowicza, Rolińskich, Rollego, Rosego, Rosołowskiego, Rothego, Rumszewicza, Rybickich, Rydla, Rydygiera, Rymkiewicza, Stelli-Sawickiego i Sawiczewskich.

* Prezesem Tow. lekarskiego chorwacko-sławońskiego w Zagrzebiu obrany został protomedyk tameczny Dr. Kalli-

voda-Falkenstejnski, jego zastępcą lekarz sztabowy Dr. Huber, sekretarzami zaś: Dr. Władysław Rakovac i Dr. Antoni Lobmayer, który jest zarazem redaktorem Lječničkiego Vjestnika.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Radca dworu prof. Billroth mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów. — **Wrocław.** Prof. Foerster otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Petersburg.** Drowie Podwysocki i Szydłowski uzyskali *veniam legendi,* pierwszy z patologii ogólnéj, ostatni z higijeny.

* **Odznaczenia.** Otrzymali ordery rosyjskie tajny radca i akuszer nadworny Krasowski order Orła Białego; rektor uniw. w Dorpacie prof. fizyjologii Aleks. Schmidt, okulista petersburski hrabia Magawly i rzecz. radca stanu prof. Mierzejewski order św. Stanisława 1éj kl.

* **Nekrologija.** W Zagrzebiu umarł d. 6 bm. Dr. Antoni Weselsky, 68 l. liczący, wysłużony starszy lekarz sztabowy 1éj kl., powszechnie poważany w kraju. — W Indyjach wschodnich umarł skutkiem spadnięcia z konia lekarz jeneralny Dr. Wolseley, brat lorda i jenerała. — W Gronindze (w Holandyi) umarł tameczny prof. chirurgii Dr. Ranke, licząc lat 38.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Trzebickiego: (Z kliniki prof. Mikulicza): Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli; Nenckiego i Fabiana: O przetworach fermentowych mleka (c. d.); Łychowskiego: O leczeniu ostréj rzeżączki cewki moczowéj za pomocą rezorcyny.— W *Medycynie* Nr. 4: Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby (c. d.); Pacanowskiego: Obecny stan kwestyi o nadmierném wydzielaniu i nadmiernéj kwaśności soku żołądkowego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. ROGOWICZ: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie. (Odbitka z „Medycyny“) Warszawa 1886 in 8vo str. 36.

* **Sprostowanie.** W Nr. 4 str. 60, szpalcie 1éj, zamiast *ex ostitide* ma być *otide,* w szpalcie 2éj zamiast Schwartze i. c. ma być: Schwartze D. Chir., L. 32, str. 323); wreszcie na str. 59 w szpalcie 2éj, wiersz 9 od dołu po wyrazach: „małych komórek piramidalnych“, prosi autor o dodanie ustępu: „Porównanie z preparatami, sporządzonemi z kory mózgu ludzkiego stwierdziło, iż wydobyte kawałki były szczątkami z powierzchni mózgu pochodzącemi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 5 Lutego 1887. Nr. 6.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o kiłowéj wysypce barwikowéj
(Leucoderma syphiliticum).

Podał
Dr. Ernest Finger,
docent chorób skórnych i kiłowych w Uniwersytecie wiedeńskim.

Już O. Simon, a bardziéj jeszcze Neisser (*Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syphilis*, 1883, str. 491) opisali szczególne zaburzenie w odżywianiu skóry, znane pod nazwą *Leucoderma syphiliticum*, które polega na wessaniu i nagromadzeniu się barwika; pojawia się ono u osób kiłowych i cechuje ten stan chorobowy. Cierpienie to polega na wystąpieniu jasnych bezbarwnych plam, wielkości z początku główki od szpilki lub soczewicy, kształtu okrągłego lub okrągławego, które się jednak powoli na obwodzie powiększają, przyczém są otoczone pasem ciemno zabarwionéj skóry, przechodzącym w miarę oddalania się od plamy stopniowo w prawidłowe jéj zabarwienie. Przez dalsze powiększanie zlewają się plamy ze sobą, podczas gdy między niemi pozostała skóra coraz ciemniéj się uwydatnia i do małych a wązkich smug się ogranicza. Jeżeli z początku te białe bezbarwne plamy z łatwością jako stan chorobowy rozpoznać można, to w późniejszym okresie w obec ich przewagi i zlania się pozostałe między niemi ciemne smugi skóry mogą przedstawić się jako coś chorobowego, podczas gdy tak białe, jak i ciemne plamy są objawami chorobowemi, z powodu że pierwsze zawierają za wiele barwika, ostatnie zaś za mało; jestto niejako rodzaj przesunięcia się barwika, transportu ze środka ku obwodowi.

Okoliczność, że występuje wyłącznie u kiłowych, że się rozwija w następstwie wysypek plamistych i grudkowych kiły, na miejscach, które one pierwéj zajmowały, nadaje téj zmianie cechę cierpienia swoisto-kiłowego, kiłę cechującego, któreto cierpienie przez swój powolny bieg, długie trwanie, niedające się skrócić leczeniem przeciwkiłowém, ze względów rozpoznawczych jest ważném. Przeważne znajdowanie się u kobiet, jakoteż umiejscowienie szczególnie na karku są również cechami tego cierpienia, pojawiającego się w najwcześniejszym okresie kiły, a znikającego po kilkomiesięcznem lub kilkoletniém trwaniu dobrowolnie przez wyrównanie się barwika. Riehl (*Wiener mediz. Jahrbücher*, 1884) badał leukodermat kiłowy pod względem anatomicznym i dowiódł, że komórki wędrujące zabierają przyskórkowi barwik na miejscach bezbarwnych i tymże obciążone do skóry powracają. Riehl widzi w téj sprawie niejako wleczenie barwika przyskórkowego wstecz do skóry, niejako obrót całego procesu, który prawidłowemu przyskórkowi barwik przynosi. Podobnie jak Neisser zrobił i Riehl spostrzeżenie, że wysypka kiłowa barwikowa najczęściéj rozwija się w następstwie wysypek plamistych i grudkowatych we wczesnym okresie kiły, chociaż ją widział i w późniejszym okresie z ponowną wysypką różyczek i w grupy ułożonych grudek. Badania anatomiczne jak też i kliniczne objawy nie dozwalają nam rozróżnić kiłowéj wysypki barwikowéj od samodzielnéj wysypki barwikowéj (*vitiligo*), która polega tylko na umiejscowieniu i przebiegu. Widzi więc w leukodermacie nie bezpośredni objaw kiły, lecz jéj następstwo, nie cechę szczegółową, tylko niejako wskazówkę uprawniającą do podejrzywania kiły. Hasland (*Nord. med. Art.* XVII, 1885), który upatruje w leukodermacie kiłowym następstwo plamistych a nie grudkowych wysypek, uważa to cierpienie za swoiste, które ze swojemi objawami zawsze jest oznaką przebytéj wysypki kiłowéj a więc ważnym objawem kiły zatajonéj. Tego samego zapatrywania o swoistości tego cierpienia jest także Szadek (*Petersb. medic. Wochenschrift*, 1885, Nr. 43 i Gazeta Lekarska, 1885, Nr. 50), Lesser (*Lehrbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten*, 1886, str. 115) jak również i ja (*Die Syphilis u. die venerischen Krankheiten. Ein kurzgefasstes Lehrbuch*, str. 77).

Jeżeli sobie w dalszym ciągu pozwolę przytoczyć jeden ciekawy przypadek leukodermatu kiłowego, to czynię to dla tego, że przypadek ten oprócz interesu, jaki budzi, jest

w stanie także rozszerzyć zakres naszych dotychczasowych wiadomości o tém cierpieniu.

Dnia 28 czerwca 1886 niejaki p. A. B., 43 lat liczący, nauczyciel przedstawił mi się w mojéj ordynacyjnéj godzinie z prośbą o wyleczenie go z uciążliwéj i bardzo go szpecącéj plamy na prawém licu. Na prawéj połowie twarzy znalazłem plamę rozpoczynającą się na szerokość dwóch palcy poniżéj kąta szczęki dolnéj a przez tenże na lico prawe się rozciągającą, kształtu prawie listka koniczyny, która, zdaje się, wyraźnie ze zlania się trzech plam powstała, dwóch wielkości srebrnego reńskiego, a jednéj wielkości centa. Plama ta jest zupełnie bezbarwną, na zewnątrz otoczona pasem skóry ciemno-brunatno zabarwionym, który powoli przechodzi w prawidłowe jéj zabarwienie, pas ten jest szczególnie ku dołowi w kierunku szyi bardzo wyraźnym. Plama ta jest jeszcze o tyle wydatniejszą, że broda i lico chorego, będąc ogolone, z powodu gęsto obok siebie stojących poodcinanych łodyg włosowych są znanego koloru siwo szarego, podczas gdy sama plama, z wyjątkiem kilku na środku stojących włosów, jest zupełnie nieowłosioną.

Na moje zapytanie oświadczył mi chory, że cierpienie to rozpoczęło się w lutym czy marcu najpierw od wypadnięcia włosów na dotkniętém miejscu, potém potworzyły się wysypki ogołocone od włosów, które się ciągle powiększały a w końcu ze sobą spłynęły. Wtenczas kazał on sobie, idąc za radą fryzyjera i przyjaciół, bujną swą brodę ogolić i golenie to kontynnował w nadziei wywołania przez to nowego zarostu włosów na łysych miejscach lica, co jednak nie udało się, a miejsca te powiększały się nawet coraz bardziéj, a tak jemu jak otoczeniu wpadała w oczy rażąco biała ich barwa. Przy oglądaniu téj zresztą całkiem prawidłowéj skóry, na któréj ani łupieży, ani innéj jakiéj zmiany nie było, któréj zmysł czucia był zupełnie zachowanym, jak w ogóle chory żadnych zaburzeń nigdy w tym kierunku nie doznał, pierwszą mą myślą było podejrzenie *vitiligo*, do któréj owo cierpienie, jak to już z samego opisu wynika, wielkie ma podobieństwo. Tylko jedna okoliczność zastanowiła mnie, a mianowicie wypadnięcie włosów, tak dalece ograniczone do owéj bezbarwnéj części skóry, że musiałem je uważać za część tego stanu chorobowego. „Jeżeli włosy znajdują się na bezbarwném miejscu, to są albo prawidłowo ubarwione, albo też dosyć często bezbarwne, szare lub biało błyszczące, zresztą są silnie osadzone w torebce włosowéj“. (Hebra i Kaposi. *Lehrbuch d. Hautkrankh.*, II, str. 126).

(Dokończenie nastąpi).

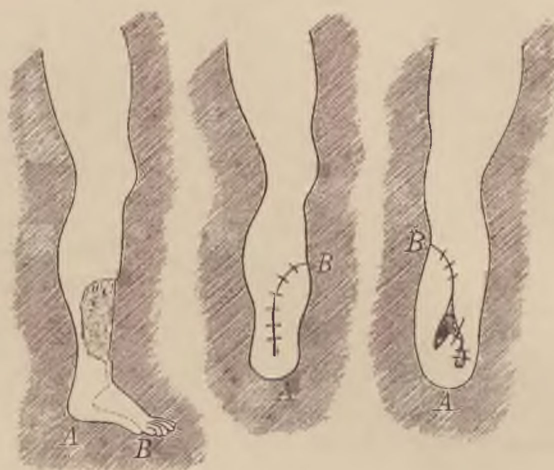
II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

II.

Amputacyja dermoplastyczna podług Keetleya wykonana z powodu rozległego wrzodu podudzia.

W Nrze XXII *Lancetu* z 28 listopada 1885 podał C. B. Keetley z Londynu metodę, za pomocą któréj uniknąć można amputacyi w miejscu wyboru w przypadkach rozległych niedających się zgoić wrzodów podudzia zastosowaniem zmodyfikowanéj amputacyi Symego przez przeniesienie płatu z podeszwy na przednią część podudzia i pokrycie nim oczyszczonego wrzodu. Keetley wykonał operacyję tę raz tylko i to z dobrym wynikiem, polecając ją dalszym próbom.



Przypadek jego był powikłany znacznym krwotokiem, podczas i po operacyi; do zatamowania krwotoków użyto silnego ucisku z karbolowych gąbek a następnie polewania gorącą wodą karbolową; trzeciego dnia po operacyi płat trzymał się zupełnie przedniéj powierzchni podudzia a w 6 tygodni chory mógł znosić najsilniejszy ucisk wywierany na kikut, który był z początku nieco niezgrabnym. Operacyi téj, o ile mi wiadomo, nikt nie zastosował.

Przypadek Keetleya zachęcił mnie do wykonania téj nowéj operacyi u jednego chorego w szpitalu i niedawno miałem sposobność wykonania jéj w oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego: przy téj sposobności składam podziękowanie Drowi Ziembickiemu, prymaryjuszowi oddziału, który chętnie na wykonanie jéj pozwolił. Przypadek dotyczył 60-letniego wyrobnika Józefa Romana ze Lwowa. Dolne $^2/_3$ przedniéj powierzchni prawego podudzia zajmował wrzód o brzegach wyniosłych łatwo krwawiący pozostawiając z tyłu podudzia pasmo zdrowéj skóry około 4cm. szerokie. Chory był już niezliczone razy leczony w szpitalu a cierpienie stało mu się już do tego stopnia uciążliwém, że sam prosi o wykonanie amputacyi podudzia.

Po zupełném oczyszczeniu okolicy wrzodu szczotką, wodą ciepłą i mydłem a następnie 5% wodą karbolową założono po zachloroformowaniu chorego powyżéj kolana opaskę Esmarcha. Okolono wrzód cięciem sięgającém do głębokiéj powięzi podudzia; okoloną cięciem przestrzeń oczyszczono łyżeczką Volkmanna z granulacyj aż do głębokiéj powięzi; strzępy chrząstkowato twardéj tkaniny pozostałe podczas łyżeczkowania z powodu głęboko sięgających blizn w obwodowych częściach wrzodu usunięto nożyczkami zakrzywionemi i przegotowano w ten sposób mniéj lub więcéj gładką podstawę dla płatu, który miał być nałożonym na miejsce dawnego wrzodu. Podstawę tę stanowiła w przeważnéj części głęboka powięź mięśni podudzia, w części zaś pokryta okostną kość podudzia miejscami pozbawiona okostny przy łyżeczkowaniu w skutek głębokich blizn w tych miejscach. Poprowadzono potém cięcie na poprzek grzbietu stopy (jak dla amputacyi Symego) sięgające od miejsca tuż poniżéj kostki zewnętrznéj do punktu na cal przed i nieco poniżéj od kostki wewnętrznéj. Cięcie to połączono pionowém z wrzodem. Następnie otworzono staw skokowy górny (pomiędzy kośćmi: skokową a goleniową i strzałkową) i wykrojono płat z podeszwy, zajmujący całą szerokość i długość téjże a zawierający wszystkie części miękkie (przez prowadzenie cięcia tuż przy kościach). Wyłuszczenie następne kości piętowéj przedstawiało znacznie większe trudności aniżeli przy wykonaniu operacyi

Symego. Kości podudzia obnażono do wysokości 4cm., gdzie je odpilowano. Przyłożono zaraz olbrzymi płat na miejsce przeznaczenia, przyczém się okazało, że wewnętrzna część ubytku na przestrzeni około 4cm. kwadratowych całkowicie pokryć się nie da; do częściowego pokrycia użyto wewnętrznego płatu skóry pozostałego z mostka, łączącego dolną granicę wrzodu z pierwszém cięciem według Symego (patrz fig. 3). Podobny płat skórny zewnętrzny wycięto jako zbyteczny. Po podwiązaniu stosunkowo niewielkiéj liczby naczyń i zatamowaniu krwotoku miąższowego z płatu przez uciskanie tegoż wacikami sublimatowemi przestrzykano jeszcze raz pole operacyjne roztworem sublimatu (1:1000), założono na poprzek dość gruby dren, podniesiono płat, przystósowano takowy i przytwierdzono zakładając ostrożnie głębokie szwy, ostrożnie gdyż tkanka naokoło ubytku była bardzo kruchą i łatwo się przedzierała; musiano tu skórę dość daleko podminowywać igłą, ażeby ją wykłuć w zdrowém utkaniu i ażeby w ten sposób uniknąć przedzierania się kruchych tkanin. Opatrunek z gazy jodoformowéj, mierny ucisk za pomocą waty Brunsa i organtynowych bandaży; elewacyja odnogi na podłożonych sieczkowych poduszkach. Chory po operacyi swobodny, tętno 100. pełne; polecono podawać choremu wino; wieczorem stan bezgorączkowy, tętno 100.

27/7 rano tętno 130, ciepłota 39,5°, chory niespokojny, czasem ma majaczyć, język suchawy; polecono po 0·80 *Chin. muriat.* 2 razy dziennie i 3 razy dziennie po 10 kropli *Tra opii simplex*, wieczorem tętno 120, ciepłota 39,5°.

28/7 rano tętno 120, ciepłota 38,5; zmiana opatrunku, płat w całości blady, na pięcie siny, również i mały płat zsiniał; przy skaryfikacyjach pięty wydobywa się ciecz surowicza. Irygacyja częsta sublimatem i 5% karbolem. Zgorzel mimo to codziennie postępowała wyżéj wśród podniesienia ciepłoty do 38,5; 30/7 cały płat był czarny.

30/7 wykonano amputacyję dolnéj części uda sposobem Cardena. Przy zmianie opatrunku 2/8 zewnętrzna część rany zespoiła się *per primam*, wewnętrzna zaś część zsiniała. Szybko nastąpiło zupełne wygojenie po oddzieleniu się zgorzelinowéj wewnętrznéj części płatu a chory 3/9 o szczudle opuścił szpital. Jakkolwiek wyraźny krwotok miąższowy z płatu podeszwowego podczas operacyi przemawiał za nienaruszeniem tętnicy łydkowéj tylnéj podczas operacyi, to jednak z ciekawości zbadałem dokładnie przebieg téj tętnicy w kikucie amputowanym. Badanie to było bardzo utrudnioném z powodu gnicia kikuta; tętnica łydkowa tylna w miejscu przejścia w płat znajdowała się w miazdze zgorzelinowéj i dała się łatwo od płatu oddzielić; wewnętrzna ściana tętnicy przedstawiała znaczne zmiany miażdżycowe; te same zmiany przedstawiały *A. tibial. antica* i *A. poplitea*. Jakkolwiek wynik téj operacyi w naszym przypadku był niekorzystnym, to jednak operacyja ta pozostawiająca prawie pierwotną długość odnogi (jak amputacyja Symego) i mniejsze poczucie kalectwa niż amputacyja w miejscu wyboru w odpowiednim przypadku mogłaby mieć racyję bytu. W naszym przypadku znaczna sprawa miażdżycowa tętnic podudzia (częsta przyczyna zgorzeli płatów amputacyjnych) prawdopodobnie przyczyniła się do niekorzystnego wyniku. Zresztą w razie niepowiedzenia się zazwyczaj da się wykonać następnie amputacyja w miejscu wyboru. W naszym przypadku wykonaliśmy amputacyję Cardena z powodu znacznych blizn pola operacyjnego w miejscu wyboru.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Dr. Anfimow (z kliniki prof. Mierzejewskiego): **O zmianach w centralnym układzie nerwowym u zwierząt po lakierowaniu skóry.**

Od dawna zaburzenia w czynnościach fizyjologicznych uważano za ważny czynnik w wywoływaniu rozmaitych chorób, a w szczególności wywięzujących się w skutek przeziębienia. Dopiero jednak od roku 1838, od czasu ogłoszenia pierwszéj pracy doświadczalnéj Fourcaulta, powstał długi szereg prac, w których zaburzenia te starano się wywołać sztucznie, usuwając czynność fizyjologiczną skóry u zwierząt przez pokrycie jéj już to na całéj powierzchni, już to tylko częściowo: dziegciem, smołą, lakierem i rozmaitemi plastrami. Wyniki tych badań były mniéj lub więcéj zgodne, albowiem okazało się, że zwierzęta zwykle po niejakim czasie giną, przedstawiając mniéj lub więcéj jeden i ten sam obraz kliniczny: znaczne, szybko występujące osłabienie, obniżenie się ciepłoty (niekiedy nawet do 18—14°C.), zaburzenia w oddychaniu i tętnie, częściowe i ogólne drgawki, niedowład i porażenie odnóg itp. — Sekcyje wykazywały przekrwienie i rozmiękczenie rozmaitych organów, wysięki krwiste na błonach śluzowych i surowiczych, przekrwienie rdzenia i mózgu. Pomimo licznych badań bliższa przyczyna tych zjawisk dotychczas jednak nie jest znaną; jedni przypuszczają, że śmierć zwierząt zależy od utraty ciepła, drudzy uważają za przyczynę śmierci asfiksyję, inni znowu uważają te objawy jako wynik zatrucia się zwierzęcia produktami przeobrażenia wstecznego, które nie mogły być przez skórę wydzielone. Nakoniec w ostatnich czasach Feinberg, Schleicher i Paszutin uważają wszystkie te objawy jako skutek podrażnienia układu nerwowego w drodze odruchowéj. I rzeczywiście cały szereg klinicznych badań niewątpliwie nosi charakter nerwowy, jako to: drżenie, drgawki, porażenie, szybkie osłabienie itp.

A. w niniejszéj pracy miał na celu wyłącznie tylko zbadanie zmian anatomicznych w mózgu i rdzeniu i z szeregu doświadczeń przeprowadzonych w sposób podobny, jak to czynili jego poprzednicy, doszedł do następujących wyników: 1) Objawy u zwierząt po pokryciu skóry mięszaniną z gumy arabskiéj, żelatyny i gliceryny były rzeczywiście podobne do objawów obserwowanych wcześniéj przez innych badaczy. 2) Na preparatach otrzymanych z rdzenia i mózgu można było zauważyć: przekrwienie, zmętnienie i napęcznienie tkanek, przeważnie istoty szaréj, wypełnienie naczyniek włosowatych ciałkami czerwonemi, a na preparatach barwionych karminem naczynia te otoczone były czerwoną otoczką (w skutek wypociny plazmatycznéj i licznych białych ciałek). 3) Zwyrodnienie komórek nerwowych. Zwyrodnienie to przedstawiało dwa charakterystyczne typy: *a)* Jedne komórki o dziwnych nieprawidłowych kształtach z wyraźnemi wakuolami wewnątrz, przedstawiały się jakby złożone z pęcherzów z przegródkami tak, że tylko obecność jądra dawała możność rozpoznania w nich komórek nerwowych; drugie przyjmowały kształt kulisty, nie posiadały wypustek, źle lub wcale się nie barwiły karminem, nie posiadały wyraźnych granic, jakby się rozpływały w otaczającéj tkance. Czasem w środku takiego ciała można było widzieć światłą przestrzeń z jądrem w środku, lub tylko ze szczątkami protoplazmy. Badanie na preparatach świeżych izolowanych dało mniéj lub więcéj ten sam wynik. Autor na razie nie podaje żadnéj teoryi, zachowując sobie ostatnie słowo na później. (*Wracz* 1886, Nr. 50).

Chirurgija.

König: O ważności kolotomii w cięższych chorobach kiszki odchodowéj.

Wprawdzie technika operacyjna wycięcia kiszki odchodowéj w obec wysoko położonych nowotworów rakowych w ostatnich czasach znaczne zrobiła postępy i można śmiało przy tym zabiegu otworzyć w razie potrzeby jamę otrzewnową, są jednak postacie raka kiszki odchodowéj, gdzie zabieg ten zawodzi z powodu wysoko sięgającéj sprawy chorobowéj i zajęcia gruczołów jamy brzusznéj, niedających się już dosiągnąć. W niektórych przypadkach zdrowa część jelita nie daje się dostatecznie ściągnąć, powstaje ztąd w dolnym odcinku miednicy jama, wypełniona granulacyjami, w któréj ropa i kał zatrzymują się i sprawiają zanieczyszczanie się ciągłe chorego. Nadto często powstaje ciągle zacieśniające się zwężenie górnego odcinka jelita.

Autor jest gorącym zwolennikiem kolotomii w takich razach. Zabezpiecza ona chorego przedewszystkiém od szybkiego zazwyczaj w takich przypadkach charłactwa nowotworowego, a gdy takowe już nastąpiło, zmniejsza je a w drugim rzędzie zapewnia choremu prawidłowe oddawanie stolca.

Że przy zwężeniu rakowém życie chorych jest daleko znośniejszém po wykonanéj kolotomii niż po wycięciu jelita odchodowego, na dowód tego przytacza autor przypadek dotyczący 44-letniéj niezamężnéj kobiety z nowotworem rakowym zaledwo palcem dosięgnąć się dającym, cierpiącéj znaczne dolegliwości przy oddawaniu kału z powodu znacznego zwężenia; w przypadku tym wykonana kolotomija usunęła nie tylko przypady pochodzące z niedrożności jelita, ale nadto charłactwo nowotworowe prawie na 3 lata się zmniejszyło; chora wreszcie uległa cierpieniu w skutek przerzutów w wątrobie.

Sztuczną odbytnicę uskutecznił autor w tym przypadku powyżéj lewéj pachwiny przez nacięcie boczne jelita esowego, po przyszyciu go poprzedniém do ścian brzucha.

Przypadek 2gi dotyczy 58-letniéj kobiety, w którym znaczne zwężenie rakowe powikłane było wydzieliną nadzwyczaj cuchnącą; pouczył on autora, że kolotomija w ten sposób wykonana (nacięcie boczne jelita) czasami zawodzi. Po wykonaniu kolotomii istota cuchnąca wydzielać się poczęła także przetoką.

K. zapobiegł téj niedogodności, powstałéj z powodu powracania istot rozpadających się nowotworu aż do sztucznéj odbytnicy, przez założenie w następnym przypadku całkowitéj odbytnicy sposobem podanym przez Schinzingera i Madelunga. U 44-letniego mężczyzny z klasy zamożniejszéj z nowotworem bardzo wysoko sięgającym, postaci polipowéj, powikłanym znacznemi zrostami z kością krzyżową otworzył K. jelito esowate w okolicy biodrowéj lewéj; jelito wyciągnięte przeciął, górny odcinek pozostawił otwartym, dolny zaś wnicował i zaszył szwem kuśnierskim; po 14 dniach odcinek ten zupełnie się pogłębił w jamie brzusznéj; po wydaleniu nowotworu za pomocą wyskrobania łyżką ostrą (sposobem Simona) charłactwo nowotworowe wnet ustąpiło, a chory żyje już rok po operacyi bez żadnych dolegliwości przy oddawaniu stolca sztuczną drogą.

Co do miejsca operacyi, to cięcie powyżéj więzu Pouparta równoległe do tegoż wydaje się K. najdogodniejszém do kolotomii; mięśnie brzuszne stanowią tu naturalne zamknięcie otworu, pelota daje się najdogodniéj założyć. Cięcie w jelicie powinno być jednak dostatecznie długiém (3—4 cm.)

Śród przecięcia jelita należy użyć naturalnie większych ostrożności, aniżeli przy założeniu zwykléj przetoki. Dolny odcinek przyszywa K. zazwyczaj również do rany po poprzedniém wgłobieniu i zeszyciu.

Leczenie następowe polega na zachowaniu ścisłéj dyjety, na podawaniu makowca a po upływie 8—9 dni podawaniu oleju rącznikowego w celu sprowadzenia stolca; późniéj chory otrzymuje pokarmy coraz stalsze. Ostateczne wyleczenie następuje po upływie 4—5 tygodni; chory dostaje wtedy pelotę wypełnioną powietrzem.

Przy uporczywych zwężeniach kiszki odchodowéj przyrody kiłowéj w lżejszych przypadkach można użyć z korzyścią świeczek odpowiednich, zachwalonych osobliwie przez Kümmela i miejscowego stosowania na wrzody chlorku zynku przy równoczesném ogólném leczeniu przeciwkiłowém. Są jednak cięższe postacie owrzodzeń kiłowych, powikłane zazwyczaj ze znaczném zwężeniem, z owrzodzeniami głębszemi, przebijającemi do pochwy lub do pęcherza.

K. opisuje 2 podobne przypadki dotyczące kobiet (54 i 42-letniéj). U pierwszéj wydzielała się przez dłuższy czas ropa z pęcherza jako objaw nieżytu, gdyż komunikacyi z kiszką odchodową nie wykazano. Stan obu kobiet po wykonaniu kolotomii znacznie się poprawił, mianowicie o tyle, że mogły się zajmować zwykłém zatrudnieniem domowém, przetoki nie sprawiały im najmniejszéj dolegliwości. W obu tych ostatnich przypadkach technikę operacyjną zmienił o tyle, że dolnego odcinka jelita (również jak górny) nie zaszywał, tylko wszywał go w ranę i tą drogą stosował irygacyje antiseptyczne, poczém wnet wrzody zabliźniły się a odchody nie były więcéj cuchnącemi. (*Berlin. klin. Woch.* 1877, Nr. 2).

Dr. Bar ą cz.

(K.) **Mięczak** *(molluscum)* **na stopie**, z jądrem utworzoném przez kostniak *(osteoma)* 5téj kości śródstopia, ważący 2.200 gr., operował pomyślnie w maju r. z. Dr. Józef Antolković, sekundaryjusz szpitala Bonifratrów w Zagrzebiu. — Według opisu pacyjentowi 24-letniemu już przed 9 laty odjęto w témże miejscu narośl dużą jak 2 pięści, lecz w pół roku po téj operacyi narośl odnowiła się, doszedłszy powoli do wielkości obecnéj (34 cm. długi i 27 cm. szeroki).

Operacyja, wykonana przez Dra A. ze wszelkiemi zabiegami antiseptycznemi, zasadzała się na odcięciu narośli wraz z 5tą kostką śródstopia i zdłutowaniem grzebienia kostniakowego utworzonego na sąsiedniéj kości śródstopia oraz z zachowaniem ścięgien mięśni prostujących palce. — Leczenie ściśle antiseptyczne pod opatrunkiem Listera i zaprószeniu jodoformem powierzchni rany było w pierwszych dwóch tygodniach zaburzone przez zapalenie ścięgien i ich pochew. Lecz po pokonaniu tego dalsze zabliźnienie postępowało i dokonało się szczęśliwie, tak, iż chory już chodzi, używając wszystkich palców z wyjątkiem piątego, pozbawionego swéj podstawy na kostce śródstopnéj. (Liječnički Vjestnik 1867, Nr. 1).

Choroby kobiece i położnictwo.

Poten: Przypadek uleczonéj gruźlicy otrzewny.

Hegar, Spencer Wells, Neumann, König i inni otwierali jamę brzuszną w przypadkach zapalenia otrzewny ze zmianami gruźliczemi na téjże i po usunięciu wysięku widzieli uleczenie. Mimo zapewnień Hegara niedowierzał autor tym spostrzeżeniom, według bowiem dzisiejszych zapatrywań na gruźlicę nie zdawało mu się prawdopodobném, aby proste otwarcie jamy brzusznéj i wypuszczenie płynu zawartego mogło uleczyć zmiany gruźlicze na otrzewnie i żądał dowodu, że

w tych przypadkach istotnie zmiana gruźlicza a nie inna istniała, co możebném przez wykazanie prątków gruźliczych Kocha. — Powątpiewanie to zdawało mu się tém więcéj słusznéni, ile że z pomiędzy wymienionych autorów tylko König, który w podobnych przypadkach otrzewnę kwasem karbolowym i jodoformem leczył, wspomina o badaniu drobnowidowém, nie wspomina jednak nic o prątkach gruźliczych.

Hartwig w Hanowerze w przypadku, w którym ścisłe rozpoznanie nie było możebném, przystąpił do próbnego nacięcia jamy brzusznéj. Po przecięciu zgrubiałéj otrzewny wylało się $^3/_4$ wiadra jasnéj, żółtawéj cieczy, wolnéj od strzępów. Reszta wypływająca była nieco brunatno zabarwiona. Cała otrzewna ścienna i pokrywająca jelita pokryta małemi guzkami, macica i jajniki niezmienione, obsiane podobnemi guzkami. Skoro wymaczano, o ile możności dokładnie, resztę wydzieliny z jamy miednicy, wycięto kawałek otrzewny i zaszyto jamę brzuszną. Po operacyi kilkakrotnie lekkie wieczorne podnoszenie się ciepłoty, mimo to jednak chora w 14cie dni po operacyi z zakładu wypuszczoną została. Wycięty kawałek otrzewny badał autor pod drobnowidem i znalazł w guzkach nie tylko budowę odpowiadającą guzkom gruźliczym w różnych stopniach rozwoju, od guzków pojedynczych ziarninowych, do takich, które zawierały komórki olbrzymie i w środku serowaty rozpad okazywały; w pobliżu gruzełków w wiotkiéj podsurowiczéj tkance znajdował komórki tuczne; ale nadto udało mu się wykazać prątki gruźlicze niewątpliwie, które znajdował wyłącznie pośród komórek olbrzymich, najczęściéj pojedynczo, a czasem po dwa w jednéj komórce. Operacyja była dokonaną w grudniu 1885 roku, w lecie 1886 w bliźnie pooperacyjnéj wytworzył się mały ropień, który pod jodoformem szybko się zagoił. W rok po operacyi badał autor chorą i znalazł ją stosunkowo dobrze wyglądającą, krzepką. Nagromadzenia cieczy w jamie brzusznéj nie znalazł wcale. Oprócz małéj przepukliny w miejscu blizny pooperacyjnéj nigdzie nie znalazł wypuklenia, brzuch niebolesny. Płuca wolne od zmian, apetyt i stolce dobre, chora nie kaszle, czuje się zdrową i zajmuje się codziennemi zajęciami.

Autor nie przesądza, czy to uleczenie będzie zupełném, co przyszłość okaże, w każdym razie zastanawia go ono tém więcéj, że na otrzewnę nie były stosowane żadne przeciwgnilne środki. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 1887, Nr. 3, str. 1). *Dr. Mars.*

I. Schramm (w Dreźnie): **O wycinaniu jajników w przypadkach padaczki.**

W literaturze znalazł autor 27 przypadków wycięcia jajników z powodu padaczki właściwéj i padaczki macicznicéj. Między temi 15 z powodu padaczki macinnicéj 12 z powodu właściwéj; 14 z tych wyzdrowiało, 2 doznały polepszenia, 6 nieuleczonych, u 2 wynik niewiadomy, 3 umarło po operacyi. Wynik wyzdrowienia wynosi zatém 52 na 100. Z 15 pierwszych 11 wyzdrowiało, 2 z wynikiem niewiadomym, 1 nieuleczona, 1 umarła; z 12 drugich 4 wyleczone, 2 polepszone, 4 nieuleczone, 2 umarły. W przypadkach operowanych z powodu padaczki właściwéj wynik jest zatém gorszy. W większości przypadków znajdowały się cierpienia narządu płciowego, były jednak i takie, w których zdrowe jajniki w celu leczenia wycinano. Mimo zatém, że wycinanie zdrowych jajników w przypadkach ogólnych cierpień nerwowych bywa surowo potępiane, zadaje autor pytanie: czy są przypadki padaczki bez zmian w narządzie płciowym, w których samo sprowadzenie sztucznego miesiączkowania jako środek leczniczy okazaćby się mogło. — W odpowiedzi przytacza Schroedera i Leppmanna, którzy operacyję nawet na zdrowych jajnikach usprawiedliwiają i dozwalają. Sam zaś twierdzi, że te przypadki padaczki nadają się do leczenia operacyjnego, w których istnieje pewien związek téjże z jakiemś zboczeniem w narządzie płciowym, albo przynajmniéj gdzie istnieje związek przyczynowy między napadami a dojrzewaniem jajek i miesiączkowaniem. Jeżeli np. cierpienie rozpoczęło się w czasie pokwitania, napad przyszedł razem z pierwszą miesiączką i powraca w okresach téjże, należy szukać przyczyny cierpienia w działaniu narządu płciowego. U osób skłonnych do zboczeń nerwowych, chociaż narząd płciowy nie okazuje żadnych zboczeń anatomiczno-patologicznych, wystąpienie samo miesiączki albo zboczenia czynnościowe w dojrzewaniu jajek lub miesiączkowaniu mogą wywoływać rozmaite kurcze. Jeżeli przeto w podobnych przypadkach wszelkie możliwe sposoby leczenia bezskutecznie wyczerpnięte zostały, należy się po usunięciu dojrzewania jajek i miesiączkowania spodziewać uleczenia, za czém przemawiają przypadki, w których ciężkie zboczenia nerwowe ustawały z ustaniem miesiączkowania.

Wychodząc z powyższéj zasady autor w dwóch przypadkach ciężkiéj padaczki właściwéj wyciął z dobrym skutkiem jajniki, gdy po kilkakrotném leczeniu wszelkie inne środki wyczerpnął. Jedna chora ma się już dobrze po operacyi $1^1/_2$ roku, druga 14 miesięcy. U obu tuż po operacyi pojawiły się pojedyncze napady, nim zupełnie ustały. Badanie drobnowidowe wykazało w jednym przypadku oba jajniki prawidłowe, w drugim jeden jajnik okazywał torbiel wielkości wiśni. Występowanie pojedynczych napadów jeszcze po operacyi odnosi autor już to do wahań w ucisku wśród naczyń krwionośnych, już téż do nawałów do mózgu wywołanych nagłém ustaniem miesiączkowania, już wreszcie do zmiany zapalnéj w kikucie operacyjnym, co w drugim przypadku miało miejsce. Co do kwestyi ścisłego wskazania do operacyi zaleca przedewszystkiém dokładne badanie, o ile istnieje związek między czynnościami płciowemi a zboczeniami nerwowemi w danym razie i spodziewa się załatwienia téj kwestyi, gdy będzie znaną większa liczba podobnych przypadków.

Bądź co bądź uważa rzecz za godną rozpraw a kwestyję za niezałatwioną, o ile zachodzi pytanie dokonywania wycięcia jajników zdrowych. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1887, Nr. 3). *Dr. Mars.*

M. P. Budin: **O leczeniu zatrzymania łożyska po poronieniu.**

Na posiedzeniu *Académie de Médecine* w Paryżu z dnia 23 listopada 1886 M. P. Budin mówiąc o leczeniu zatrzymania łożyska po poronieniu zadaje pytanie: czy w obec powikłań, jakich się obawiamy po zatrzymaniu łożyska po poronieniu, tj. krwotoku i posocznicy, ręczne zabiegi albo za pomocą używanych narzędzi są racyjonalne i potrzebne? Aby na to odpowiedzieć przytacza spostrzeżenia poczynione w klinikach w Charité i Maternité, według których na 210 przypadków poronień przybyło 46 przypadków z zatrzymaniem łożyska, zatém 22%. Pomiędzy temi przypadkami w Charité ani raz, w Maternité tylko 2 razy obserwowano lekkie krwotoki w chwili późniejszego wykluczania łożyska. Przypadów zakażenia gnilnego tak jakby wcale nie było. W jednym przypadku było zejście śmiertelne u osoby przyjętéj z gorączką i nieżytem oskrzelowym, u któréj w 60 godzin łożysko zostało dobrowolnie wykluczone. Chora ta umarła w 15 dni po poronieniu na zapalenie płuc. Ponieważ przeto na 210 poronień a między temi na 46 z zatrzymaniem łożyska tylko

jedna chora umarła, twierdzi B., że przyczyny śmierci poronieniu przypisywać nie można. Dalej natomiast twierdzi, że wszelkie czyto ręczne zabiegi, czy też dokonywane za pomocą narzędzi w podobnych przypadkach są albo bezskuteczne (? Ref.) albo niebezpieczne, a nadto, że wielu położników widziało po zabiegach operacyjnych: ciężkie krwotoki, nieżyty błony śluzowej macicy, zapalenie w tkance łącznej koło macicy a nawet zejścia śmiertelne. Wreszcie podaje postępowanie używane w Charité i Maternité: w przypadkach pojedynczych zatrzymania łożyska przeciwgnilna toaleta i przeciwgnilne wstrzykiwania, łożysko bywa zwykle dobrowolnie wykluczone. Jeżeli przystępują ciężkie powikłania, to przeciw krwotokowi bywa używaną tamponada przy użyciu wszelkich możliwych przeciwgnilnych ostrożności. Przeciw poczynającemu się zakażeniu gnilnemu używają co dwie albo i co godzina przeciwgnilnych wstrzykiwań do pochwy; w cięższych przypadkach objawów gnilnych wstrzykiwań wewnątrzmacicznych albo rozczynem sublimatu (1:2000 lub 3000) albo 3% rozczynem kwasu karbolowego. Wstrzykiwania wśródmaciczne należy wykonywać za pomocą cewnika, który zabezpiecza na pewno odpływ płynu wstrzykiwanego, jak np. zakrzywionego w kształcie podkowy. Wewnętrznie chinin. Przy pomocy tego postępowania zyskuje się świetne wyniki. Autor podnosi zaletę tego postępowania, że każdy lekarz i każda akuszerka może je wykonywać. (*D. mediz. Ztg.*, 1886, Dec.). *Dr Mars.*

Choroby nerwowe.

Prof. Hirt: **Elektroda dyfuzyjna prof. Adamkiewicza.**

W przeszłym roku podał prof. Adamkiewicz elektrodę, która łączy działanie prądu elektrycznego z działaniem leku. Lek, a w szczególności chloroform, który prof. A. w przeważnej liczbie przypadków stosuje, dostaje się w głąb skóry przez kataforezę i działa wspólnie z prądem znieczulająco i kojąco. (Dokładniejszy opis w Nrze 18 Przegl. Lek., 1886).

Prof. Hirt we Wrocławiu robił doświadczenia z tą elektrodą i przyszedł do następujących wyników. Wkrótce po zamknięciu (zawsze tylko bardzo słabego) prądu zmniejszają się bóle i rozwija się pod elektrodą dosyć znaczne i kilka minut trwające znieczulenie. Kilkakrotnie powtórzone zastósowanie elektrody sprawia choremu szczególnie w nerwobólu nerwu troistego znaczną ulgę. Wreszcie poleca Hirt przyrząd ten do dalszych doświadczeń. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1886, Nr. 22). *Dr. Momidłowski.*

(β) **Przypadek porażenia Landryego, leczenie ergotyną.** Sorgenfrey opisuje powyższe zjawisko chorobowe u 57-letniego mężczyzny, który podczas podróży przy gwałtownym wichrze zmókł w plecy. Mniej lub więcej w tydzień dostał on uczucia gorąca w ciele, czemu towarzyszyło osłabienie i brak apetytu uczucie ciężkości w odnogach dolnych; przytém duszność, utrudnienie mowy i łykania; zresztą odruchy skórne, czułość była prawidłowa; mocz prawidłowy, stolec utrudniony, boleści żadnych. Zastósowano pijawki w okolicy otworu stolcowego, bańki suche i krwawe w okolicy lędźwiowej, okłady zimne i środki rozwalniające, ale wszystko bez skutku, a z chorym było tak źle, że lada chwila spodziewano się końca, kiedy postanowiono spróbować ergotyny w formie: *Rp. Ergotin. Bonjeani* 8·25, *Aq. cinamomi* 60·0, co godzina łyżkę. W ciągu nocy wyżył chory całą powyższą ilość. Następnego dnia znikły niektóre objawy porażenia, chory mógł poruszać ramionami, ale nogami zaledwie nieco. W przeciągu tygodnia nastąpiło zupełne wyzdrowienie, ale po ustąpieniu porażenia skarżył się pacyjent na uczucie jakby naciskającego pasa w lędźwiach. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1886).

Medycyna sądowa.

Nauka o soudním lékařství. Sepsal prof. Dr. Josef Reinsberg. III. O uškození na těle a násilné smrti. Oddíl I. V Praze, 1886, in 8vo, str. 171.

Od chwili otworzenia Wydziału lekarskiego czeskiego katedrę medycyny sądowej zajmuje w nim Dr. Reinsberg, zrazu jako zastępca, później jako nadzwyczajny, a obecnie zwyczajny profesor. Okazał on się godnym zaufania w nim położonego, bo pracuje ciągle, a oprócz kazuistyki i pracy o wahaniach Schultzego ogłasza obecnie 3ci zeszyt wykładu medycyny sądowej. Dwa pierwsze zeszyty traktowały o stosunkach płciowych, nieprawném zaspokojeniu popędu płciowego, oraz o poronieniu; część trzecia obejmuje rzecz o uszkodzeniach cielesnych i śmierci gwałtownej, a zeszyt który mamy przed sobą, traktuje właściwie tylko o obrażeniach cielesnych, podczas gdy następny obejmie zapewne rozmaite rodzaje śmierci gwałtownej. Po pracowitości, jakiej dotąd autor daje dowody, spodziewać się należy, że za lat kilka wyczerpie cały przedmiot, a wtedy Czesi posiadać będą wykład medycyny sądowej, jakiego my dotąd niestety nie posiadamy.

Podawszy przepisy prawne odnoszące się do uszkodzeń cielesnych i śmierci gwałtownej oraz uwagi nad badaniem obrażonego przechodzi autor do obrażeń poszczególnych, w miarę użytego narzędzia; następnie podaje rzecz o klasyfikacyi uszkodzeń cielesnych według obecnie obowiązującego kodeksu karnego austr., dalej o związku przyczynowym pomiędzy uszkodzeniem a śmiercią, zastanawia się nad pytaniem, czy śmierć nastąpiła z własnej lub cudzej ręki lub przypadkiem, nad oznaczeniem czasu, w którym śmierć nastąpiła, czy ona była koniecznem następstwem zranienia lub wynikiem szczególnych okoliczności; dalej podaje rzecz o badaniu plam krwawych, włosów i śladów stóp a w końcu zastanawia się nad obrażeniem cielesném w miarę okolicy ciała uszkodzonej.

Tak więc autor omawia wszystkie kwestyje sądowo-lekarskie odnoszące się do uszkodzeń cielesnych, — podaje nawet, zdaniem naszem, za dużo, ponieważ chcąc odpowiedzieć na pytanie, kiedy śmierć gwałtowna nastąpiła, wtłoczył w wykład swój o uszkodzeniach cielesnych i rzecz o zmianach pośmiertnych, załatwiając ją na 6 stronnicach (101—107), a więc w stosunku do rozmiarów dzieła całego bardzo pobieżnie, przez co albo skrzywdził nader ważny ten dział medycyny sądowej, albo zmuszony będzie w jednym z zeszytów późniejszych jeszcze raz do niego powrócić, a więc powtórzyć się. Za mało też miejsca poświęca badaniu włosów oraz za mało uwzględnia nową ustawę karną niemiecką i nowy projekt austryjacki (o którym tylko raz znajdujemy wzmiankę na str. 47). Wreszcie żałować wypada, że brak zupełny rycin, które wprawdzie pociągają za sobą znaczniejsze koszta, jednak w dziele sądowolekarskiém są bardzo potrzebne.

Usterki, które wytknęliśmy, nie zmieniają atoli sądu naszego, że zeszyt niniejszy dzieła prof. Reinsberga odpowiada potrzebom ucznia i lekarza sądowego. Jakkolwiek autor opiera się głównie na dziele Hofmana, — bo też każdy autor, piszący po Hofmanie, koniecznie opierać się na nim musi, to jednak nie idzie za nim niewolniczo, owszem, — co rzadko niestety zdarza się obecnie, — autor dokładnie obeznany jest z literaturą dawniejszą i najnowszą, nie pomija też w pracy swojej żadnego spostrzeżenia, nawet w ciągu r. 1886 ogłoszonego i z tego powodu wykład jego jest wiernym obrazem obecnego stanowiska nauki, a jako taki zaszczyt autorowi przynosi. *L. Blumenstok.*

Przyczynek do nauki o uchybieniach lekarskich. W dniu 8 października 1819 został Dr. Frollo w Canstadzie wezwany do porodu żony Pajasa we wsi Windward, która już od 24 godzin rodziła. Dr. Frollo znalazł rodzącą zupełnie sił pozbawioną, leżącą na łóżku bezwładnie, pokrytą zimnym potem na czole i całém ciele. Wody odeszły, macica ściągnięta silnie naokoło dziecięcia, części rodne nabrzmiałe i suche. Badanie wewnętrzne wykazało położenie czaszkowe z wypadnięciem prawego ramienia i pępowiny. Pępowina miała nie tętnieć a ramię miało być tak po za tyłogłowie wysunięte, że wyglądało do połowy z części rodnych a staw łokciowy przed głową nieco wystawał. obydwie części dziecka były mocno zaklinowane, tak że ramię było w trójnasób obrzmiałe i tworzyło wałek gruby, jak poduszka miękki, ciemno niebieski. Lekarz usiłował najpierw założyć kleszcze, lecz udało mu się tylko jednę łyżkę wprowadzić; chcąc sobie radzić, użył takowéj jako dźwigni a wypadnięte ramię jako drugiéj łyżki, jednakowoż bez skutku. Odprowadzić nie udało się ani ramienia ani pępowiny; obrót na nóżki z powodu zaklinowania części przodujących nie dał się wykonać. Tymczasem utrata krwi i męczarnia rodzącéj doszły do wysokiego stopnia, życie wisiało na włosku. Za jedyny ratunek dla matki uważał lekarz szybkie rozwiązanie rodzącéj; o ratowaniu dziecka nie myślał, gdyż uważał je za nieżywe. Pozostawało zatém przewiercić czaszkę i wypłukać mózg, aby tym sposobem zmniejszyć pojemność części przodujących i ułatwić przejście przez drogi porodowe. Zanim jednak przystąpił do perforacyi, uważał za odpowiedne odciąć wystające ramię co téż i uczynił. To wywołało niespodziewany skutek. Kikut dal się łatwo między spojeniem łonowem a główką do góry wsunąć, przez co założenie kleszczy zostało ułatwioném a po kilku pociągnięciach przyszło na świat dziecię. Matka została uratowaną a lekarz nie żądał żadnéj innéj nagrody jak tylko taką, jaka mu w własném sumieniu pozostała. Lecz cóż się nie dzieje. Za nieżywe uważane dziecko skarży po 23 latach lekarza o alimentacyję dla oszpecenia, w skutek którego stał się niezdolnym do pracy. W skardze swéj czepia się tego, który mu ułatwił przyjście na świat i dowodził, że nie rodził się główką, lecz barkami, w którym to przypadku wskazanym jest obrót. Jako świadka podaje ojca swego, który miał słyszeć od lekarza, że dziecko skierowane jest barkami ku częściom rodnym. Babka obecna porodowi nie przypomina sobie podobnych słów lekarza a w aktach o akuszerce egzaminowanéj nie ma wzmianki. Zresztą powiada oskarzyciel, że gdyby się nawet głową z wypadnięciem ramienia był rodził, to w tym przypadku nie było potrzebném odcinanie ramienia. Lekarz odpiera podobne twierdzenie i broni się szczególnemi okolicznościami i śmiercią dziecka, która mu się pewną wydawała. To też orzekli dwaj praktyczni lekarze jako znawcy, że „Dr. Frollo przy rozwiązaniu żony Pajasa nie popełnił żadnego błędu w sztuce lekarskiej“, i na téj podstawie uwolnił sąd Dra Frollę. Mandataryjuszowi skarżyciela nie podobał się jednak wyrok, dla tego zażądał nowego zdania od wyższéj instancyi lekarskiéj, która orzekła: zapatrywanie, jakoby skarżyciel rodził się nie głową, lecz barkami nie ma żadnéj podstawy, albowiem okoliczność, że po odcięciu ramienia przyszedł na świat główką, potwierdza to w zupełności. Przodowanie i zaklinowanie rączki między główką a miednicą wywołaném zostało nieprawidłowym mechanizmem porodowym, bólami i opóźnioném sprowadzeniem lekarza do porodu. Że lekarz uważał dziecko za nieżywe, jest to wprawdzie błędem, ale błędem takim, którego się nawet najbieglejsi akuszerowie dopuścić mogą, zwłaszcza że w r. 1819 nie stósowano jeszcze auskultacyi w akuszeryi. Rzeczoznawcy poszli jeszcze dalej, albowiem powiedzieli, że lekarz w tym przypadku choćby wiedział, że dziecko żyje, w obec zachodzących okoliczności musiał uciąć rękę, chcąc ratować tak matkę jak i dziecko, albowiem byłato jedyna ucieczka, skoro wszystkie inne próby zawiodły. W obec tego nie popełnił lekarz żadnego błędu naukowego. Na têm sprawę zakończono i lekarza uwolniono.

Przypadek ten poucza, że lekarz, względnie akuszer, wśród nader niekorzystnych okoliczności podczas porodu zmuszonym jest nieraz odstąpić od kardynalnych zasad sztuki lekarskiéj i chcąc ratować życie ludzkie może wybierać sposób, jaki do tego uważa za najstósowniejszy i nie popełnia przez to błędu w sztuce i nie dowodzi swego nieuctwa. (*Internat. klinische Rundschau* 1887, Nr. 1). *Dr. Świerz* w Skawinie.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII Zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 23 października 1886.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 14.

Kol. Prezes otwiera dyskusyję nad chorym przedstawionym na VIIém posiedzeniu przez kol. Barącza (po resekcyi jelita), w któréj kol. Lech zapytuje, jak rozpoznano stan chorobowy u chorego operowanego, na co kol. Barącz odpowiada, że były objawy uwięźnięcia, *taxis* zawiodła, a podczas wykonania herniotomii jelito okazało się ciemno-wiśniowo zabarwionêm, mocno cuchnącém, co uprawniało go do rozpoznania zgorzeli jelita i do przedsiębrania resekcyi tegoż.

Z porządku dziennego przedstawia kol. Kadyi w streszczeniu wyniki swéj obszernéj pracy: „O unaczynieniu ludzkiego rdzenia pacierzowego“, demonstrując przytém okazy przecięć rdzenia pacierzowego z nastrzykanemi tętnicami i żyłami, jakotéż odpowiednie rysunki. (Streszczenie to umieszczoném zostało w Przegl. Lek.). *Dr. Wiktor.*

Sekcyja żółkiewska.

Na posiedzeniu administracyjném w Sokalu d. 16 stycznia b. r. odbytém wybrano następujący skład bióra sekcyi: 1) Dr. Broniowski, prezes; 2) Dr. Jakóbowicz, zastępca; 3) Dr. Japis, sekr. nauk; 4) Dr. Wyspiański, sekr. administr.; 5) Dr. Mańkowski, gospod., — na delegatów na walne zgromadzenie wybrano: Dra Broniowskiego, a jako tegoż zastępcę Dra Białkowskiego. Sekcyja żółkiewska liczy w r. 1887 16 członków zwyczajnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.
Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 26.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Co się tyczy wieku badanych, to wahał się tenże w granicach między 14 a 72 lat. Ważne jest zestawienie wieku ze zdolnością wydzielania kw. solnego. Do lat 40 było sondowanych 174 indywiduów, a z tych było tylko 19 z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego; zaś ze 48 indywiduów liczących nad 40 lat cierpiało aż 21 na brak kw. solnego. To zestawienie jest ważne, gdyż nam tłumaczy, że wrzód żołądka pojawiający się u młodszych indywiduów, wydzielających silnie trawiący kw. żołądkowy, występuje równocześnie albo z przyczyny nadmiarowego wydzielania kw. solnego, podczas gdy rak żołądka pojawiający się w wieku późniejszym, wykazującym brak dzielnego kw. żołądkowego, zwykle nie wykazuje obecności kw. solnego. Te spostrzeżenia stwierdziliśmy, tak prof. Korczyński, jakotéż i ja wielokrotnie, o czém szczegółowo w swoim czasie doniesiemy.

Rozpowszechnionêm jest mniemanie, że chorzy żołądkowi źle wyglądają, wychodząc ze założenia, że jeżeli trawienie żołądkowe jest upośledzone, to ma być niém także i odżywienie. Jeszcze w roku 1882 wypowiedziałem w Gazecie Lekarskiéj

zdanie, oparte na obserwacyi chorych żołądkowych, że jeżeli nie ma komplikacyj, to tacy chorzy zupełnie dobrze mogą wyglądać, gdyż trawienie żołądkowe na ogólne odżywienie mało tylko wpływa, a główne trawienie i asymilacyja odbywają się w jelitach. Otóż obecnie moja statystyka z 188 chorych żołądkowych wykazuje, że z téj liczby tylko 12 (6,5%) można było nazwać źle odżywionymi, a nadto okazało się, że z tych 12 indywiduów 10 nadzwyczaj dobrze peptonizuje, gdyż cierpi na nadmierne wydzielanie kw. solnego. Zupełnie dobrze odżywionych między 188 chorych żołądkowych znalazłem 66, t. j. 36%; między ostatnimi było trzech chorych takich, u których wydzielanie kw. solnego zupełnie było zniesione, a ilość wydzielonéj pepsyny nadzwyczaj małą.

Również powszechnem jest mniemanie, że w przypadkach niedokrewności trawienie jest upośledzone i wtenczas to przez lekarzy bywają stosowane rozmaitego rodzaju stomachica i eupeptika. Tymczasem znalazłem na 188 przypadków chorych żołądkowych 75 (39%) notowanych jako niedokrewnych. Z tych przeważna ilość, bo 60, wykazała kw. solny kwaśny i energicznie trawiący sok żołądkowy, podczas gdy tylko jeden chory okazywał zupełny brak kw. solnego. Pokazuje się ztąd, że nadmiarowemu wydzielaniu kw. solnego towarzyszy bardzo często ogólna niedokrewność, tak, że odwrotnie, szczególniéj u izraelitów, mając przed sobą prawie charłacze indywiduum z największém prawdopodobieństwem można twierdzić, że stan chorobowy polega na nadmiernėm wydzielaniu kwaśnego soku żołądkowego.

Wymioty napotkane u 35 (16%) chorych dotyczyły przeważnie izraelitów w liczbie 20 (30%) osobliwie kobiet. Połowa (16) wymiotujących indywiduów wykazywała nadmiarowe wydzielanie kw. solnego, tylko jeden potator zupełny brak tegoż, tak, że należy przypuszczać, że wymioty u tych indywiduów miały podstawę, albo wydzielniczą, albo nerwową, a nigdy upośledzenie chemizmu trawienia.

Tkliwość przy palpacyi żołądka była u wszystkich chorych, szczególniéj w dołku podsercowym. U 8 indywiduów były one jednak tak znaczne, że chorzy wzbraniali się przed dotknięciem okolicy żołądka, a to miało miejsce u 5 chorych z nadmiernėm wydzielaniem kwasu i u 3 kobiet nerwowych. U osób z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego nie dostrzeżono ani razu większéj bolesności dotykowéj żołądka.

Przystępuję do statystyki przypadów podmiotowych u chorych żołądkowych.

W ogóle można zauważyć u chorych żołądkowych, że jedni lokalizują swoje dolegliwości w saméj okolicy żołądka i tych nazwałem gastrycznymi, a drudzy znów kładą na nie mniejszą wagę, a przeważnie uskarżają się na rozmaitego rodzaju sensacyje i bóle w najodleglejszych okolicach ciała, a tych nazywam nerwowo-gastrycznymi. Otóż na 188 badanych chorych zauważałem większą część (99 czyli 53%) nerwowo-gastrycznych, a 47% czysto gastrycznych. Szczególniéj z 34 kobiet było $^2/_3$ (22) nerwowogastrycznych, a tylko $^1/_3$ (12) czysto gastryczna. Co do wyznania, wykazali izraelici daleko większy stosunek nerwowo-gastrycznych nad gastrycznymi niż chrześcijanie, bo podczas gdy na 70 chorych izraelitów było aż 51 (73%) nerwowo-gastrycznych, to przypadało na 118 chrześcian tylko 58 (49%) tego rodzaju chorych. Okazuje się ztąd, że u ludności żydowskiéj choroby żołądka daleko większy wpływ na ogólny nastrój nerwowy wywierają niż u chrześcijańskiéj.

Zdawałoby się, wnosząc z górujących przypadów nerwowych u chorych nerwowo-gastrycznych, że cała sprawa toczy się na tle nerwowém, przypady zaś gastryczne stanowią rzecz podrzędną, czyli że ma się do czynienia z rozmaitemi odcieniami dyspepsyi nerwowéj. Tymczasem z tych 99 nerwowo-gastrycznych chorych przedstawiała większa część ciężkie zmiany przedmiotowe. Mianowicie 62 chorych wykazywało nadmiarowe wydzielanie soku żołądkowego, 6 znów zupełny brak kw. solnego, a nawet w 9 przypadkach nerwowogastrycznych znajdowano w czczym żołądku stale zalegającą miazgę pokarmową, a tylko 23 indywiduów było z prawidłową czynnością żołądka. Przeciwnie znów z 79 czysto-gastrycznych, u których można się było spodziewać wielkich zboczeń lokalnych, napotkano u 10 prawidłową funkcyję żołądka. Pokazuje się ztąd, że nieraz ciężkie zmiany anatomiczne żołądka, nawet znaczniejszą rozstrzeń tegoż, można bez zbadania sondą uważać za czysto nerwowe i odwrotnie.

Co się tyczy braku łaknienia, to ten wcale nie okazał się charakterystycznym dla zboczenia funkcyjonalnego żołądka; gdyż na 188 chorych notowano 100 (58%) przypadków z utrzymanym, a 9 chorych nawet wilczym apetytem. Z obecności lub braku apetytu nie można było wcale robić wniosków o chemizmie trawienia, gdyż na 38 chorych mających wstręt do pokarmów okazało się, że blisko połowa (16) była z nadmiarowém, 7 z prawidłowém, 8 za małém, a 7 ze zupełnie zniesionėm wydzielaniem kw. solnego. Z tych jednak 9 żarłocznych chorych cierpiało 8 na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego bardzo wysokiego stopnia, a u przeważnéj części niedowładów lub braku wydzielniczego kw. solnego można było spostrzedz pociąg do potraw lub napojów kwaskowatych.

Nadmierne pragnienie spostrzeżono u 11 chorych, którzy wszyscy cierpieli na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego połączone z rozstrzenią i niedowładem mechanicznym żołądka. Polepszenie dolegliwości podmiotowych po użyciu większéj ilości napojów polegało oczywiście w tych przypadkach na rozcieńczeniu silnie kwaśnego i trawiącego płynu w żołądku.

Odbijanie spostrzeżono tylko u 31 chorych wykazujących zdolność wydzielania kw. solnego; z tych miało 7 chorych czkawkę. Przy kwaśném odbijaniu w 10 przypadkach spostrzeżono tylko nadmierne wydzielanie kw. solnego, podczas gdy w innych pięciu przypadkach nadmiarowego wydzielania kw. solnego było odbijanie nie kwaśne, ale czcze. Z kwaśnego odbijania jednak nie był konieczny wniosek, że jest nadmiar soku żołądkowego, lecz że wogólności jest nadmiar kwasu np. przez rozkład pokarmów wytworzonego (Reichmann). Na 17 chorych skarżących się na nudności związku z wydzielaniem soku żołądkowego nie można się było dopatrzeć, gdyż większa część (10 przyp.) była z nadmiarowém wydzielaniem kw. solnego, 3 z niedowładném, a 4 z brakiem tegoż.

Przeważna część chorych żołądkowych (162 czyli 86%) uskarżała się na samowolne rozmaite bolesne uczucia w żołądku i tak 66 chorych skarżyło się na ciśnienie w żołądku. Przeważna część tych (40) była nerwowo-gastryczną, między niemi 9 chorych z rozstrzenią żołądka. Przeszło u połowy (35) skarżących się na ciśnienie w żołądku był mechanizm trawienia upośledzony, lecz co do jakości soku żołądkowego prawidłowości nie było; wprawdzie przeważna część (42) była nadmiarowo kwaśnych, ale z drugiéj strony 4 chorych było ze zupełnym brakiem kw. solnego.

U 29 chorych uskarżających się na ściskanie w dołku podsercowym znaleziono zawsze kw. solny i to w połowie (14) przypadków nadmiarowe wydzielanie, a u $^1/_3$ (10) zmniejszone. Natomiast u 10 chorych cierpiących na silne kurcze żołądka znaleziono oprócz 2 prawidłowo wydzielających kobiet nerwowych u 8 najwyższe stopnie kwasoty treści żołądkowéj czczéj. W tych przypadkach towarzyszyły kurczom żółciowe wymioty, chociaż nie było ani rozstrzeni, ani zwężenia odźwiernika, tak że przypuszczam, że te kurcze miały swój początek w podrażnieniu błony śluzowéj żołądka przez nadmiernie trawiącą treść żołądka. Kilku z tych chorych, których obecnie dotąd mam sposobność obserwowac, ma się zupełnie dobrze. (Dok. nast.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. K. Lohmeyer: Dziewięć przypadków choroby po zjedzeniu cielęcéj wątroby.

Dotąd znane były przypadki zatrucia mięsem pochodzącém z cieląt z zapaleniem pępowiny i dotkniętych t. zw. zarazą stawów. L. obserwował chorych po zatruciu wątrobą cielęcą. W téj saméj rodzinie u dziewięciu osób po spożyciu jéj pojawiło się: ciśnienie i pełność w żołądku, odraza nudności, wymioty, boleści w brzuchu, obfite śluzowo-żółciowe wypróżnienia, parcie, zawrót głowy, wielkie osłabienie, kur-

czowe bolesne darcie w członkach, pragnienie, gorączka dochodząca do 39,2°C., nastrzykanie naczyń spojówkowych, zaczerwienienie twarzy i szyi; objawy odpowiadające ostremu nieżytowi żołądka i jelit. Wątroba, o której mowa, była żółcią przepełniona, na przekroju okazywała ochrowo-żółte zabarwienie a badanie drobnowidowe wykazało początkujący okres zapalenia. L. tłumaczy zatrucie tą wątrobą jako pochodzące od składnika trującego właściwego żółci a zarazem od grzybków, których bliżéj nie określa. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 4). *Dr. Buszek.*

Siemerling: **O urządzeniu zakładów dla umysłowo-chorych według systemu zwanego Open Door.**

Od czasu reformy, przeprowadzonéj przez Pinela, staje się coraz widoczniejszą dążność do ubezpieczania umysłowo-chorych bez użycia jakichkolwiek środków przymusowych, i do użyczenia tym chorym wolności w zakresie jak najobszerniejszym. Właśnie wyrazem téj dążności jest system zwany Open-Door, zastosowany obecnie w kilku zakładach w Szkocyi. S. zwiedził zakłady urządzone na podstawie tego systemu i w wykładzie, z którego niniejszem zdajemy sprawę, przedstawił rzecz Towarzystwu psychijatrów niemieckich. Zasadą systemu Open-Door jest pozostawienie umysłowo-chorym jak największéj wolności osobistéj, a cel ten osiąga się przez zniesienie wszelkich zamknięć, wszelkich ogrodzeń, słowem wszystkiego, co stoi na przeszkodzie w zupełnéj swobodzie wewnątrz zakładu a nawet poza obrębem tegoż. Odkrycie, że umysłowo-chorych można utrzymywać bez ogrodzeń i zamknięć, zrobiono przypadkiem w zakładzie w Haddington, po kilku udałych próbach zastosowano to spostrzeżenie w praktyce, a w zakładzie Woodilee mieszczącym w sobie 500 chorych, opisanym przez autora, zastosowano ten system w całém znaczeniu wyrazu. Tylko nieznaczny procent chorych niespokojnych bywa odosobniony, reszta może przez cały dzień swobodnie się poruszać w parku przylegającym do zakładu, poza którym leżą szyny kolei żelaznéj oddzielone od parku niskim płotem.

Nie wchodząc bliżéj w szczegóły tego systemu, zestawione starannie przez autora, nadmieniamy tylko, że jakkolwiek system niniejszy nie jest jeszcze w Szkocyi wcale powszechnie zastosowany, to jednak zakłady nowo powstające zaprowadzają go chętnie, a koszta utrzymania chorych przy użyciu tego systemu mają być nieco mniejsze. Zaprowadzeniu systemu tego sprzyja położenie zakładów w okolicy, gdzie chorzy mogą się zajmować uprawą roli, ograniczenie liczby chorych do téj, na jaką zakład jest obliczony i odpowiednia usługa. Niemałéj wagi jest również okoliczność, że zakłady tamtejsze są wolne od chorych na umyśle, którzy weszli w kolizyję z ustawami, a więc od żywiołu, który się zazwyczaj daje najwięcéj we znaki każdemu zakładowi w krajach, gdzie osobne ustawy nie czynią zasadniczéj różnicy pomiędzy obydwoma rodzajami chorych. (*Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, T. 43. 1886, Zeszyt III). *Dr. Schatter.*

○ Cholera na okrętach. Na okrętach włoskich podczas ich przepływu z Buenos Ayres na morze Śródziemne zdarzyło się 45 przypadków cholery. Okręty mają odbyć 20to dniową kwarantannę w lazarecie w Asinora. Według pewnych doniesień wybuchła cholera w całym obszarze Rzeczypospolitéj argentyńskiéj i to w tych rozmiarach, iż zniewoliło to szwajcarską Radę związkową do wydania ostrzeżenia od wychodźtwa do tego kraju.

* Według §. 3 ustawy o włóczęgostwie w Austryi obowiązującéj nie wolno pod karą pieniężną od 10—100 złr. wydawać świadectw o nieszczęściu lub ubóstwie, któreby mogły być użyte do żebrania. Otóż we Wiedniu zdarzył się przypadek, że lekarz praktykujący wydał kobiecie świadectwo, jako jest chorą, matką kilkorga dzieci i zasługuje na wsparcie. Lekarz ten został skazany na grzywnę. Zwracamy więc uwagę kolegów, aby się w téj mierze mieli na baczności.

○ Uregulowanie przemysłu techniczno-dentycznego. Niejasny dotąd stosunek dentystów techników do dentystów zawodowych został obecnie uregulowany rozporządzeniem wydaném przez Ministerstwo spraw wewn. w porozumieniu z Ministerstwem handlu, którego najważniejsze postanowienia podajemy: Wyrób zębów sztucznych i sprzedaż ich może wprawdzie stanowić przedmiot wolnego przemysłu, ale na zasadzie Najwyższego postanowienia z 10/9 1842 montowanie i wkładatychże nie jest dozwolone. Technika dentystyczna jako integralna część dentystyki nie może stanowić przemysłu samoistnego, z tego téż powodu urzędy przemysłowe podobnych zgłoszeń przyjmować nie powinny. Wszystkich obecnie technikę dentystyczną zajmujących się należy zawiadomić o zakazie wykonywania jakichkolwiek operacyj w ustach z dodatkiem, że wolno im wyrabiać części uzupełniające sztucznych części zębów lub szczęk jedynie na zamówienie dentystów i dla nich. Namiestnictwu pozostawioną zostaje wolność wydania odpowiednich postanowień co do asystencyi lekarzy u techników dentystów. Rozporządzeniem tém cały zakres dentystyki oddany został w ręce lekarzy; wynika ztąd potrzeba, aby lekarze obznajmiali się nie tylko z operacyjną i leczniczą częścią dentystyki, ale i z techniczną, bo oni winni odpowiednie uzupełnienia zamawiać i osadzać. Znajomości potrzebnéj nabyć będą mogli jedynie w szkołach dentystycznych, które utworzonemi być powinny na wzór istniejących już w Berlinie, Lipsku i Genewie, a obowiązek założenia tychże ciąży na Towarzystwach dentystów, których członkowie mając sobie obecnie nadane tak uprzywilejowane stanowisko powinni do tego czynną przyłożyć rękę, inaczéj postanowienia powyższego rozporządzenia wkrótce staną się iluzorycznemi, bo lekarze nie mogąc sobie dać rady, będą zmuszeni udać się jeszcze po pomoc do techników dentystów.

○ Rozsiedlenie lekarzy w Niemczech. W Niemczech jest 16,292 lekarzy na ogólną ludność 46,840,598 mieszk., średnio zatém wypada jeden lekarz na 2875 m. W Prusach na 3029; w Bawaryi na 2745 m., w Saksonii na 2750 m., w Würtembergii na 3248, w Badeńskiem na 2336, w Hesyi na 2309, a w Alzacyi i Lotaryngii na 3151. W niektórych większych miastach stosunek jest następujący: Jeden lekarz przypada w Monachijum na 780 m., w Lipsku na 794 m., Strasburgu na 949, w Stuttgardzie na 991 m., w Dreznie na 1003 m., we Wrocławiu na 1096, w Berlinie 1106, w Kolonii na 1194, w Hamburgu na 1629, w Gdańsku na 1664 itd.

W miastach uniwersyteckich wliczono w tę statystykę profesorów, z których pewna liczba praktyką się nie trudni, dla tego stosunek powyższy ulega zmianie tak, że w rzeczonych miastach na jednego lekarza praktykującego znaczniejsza liczba mieszkańców przypada aniżeli podano.

○ Liczba lekarzy w Anglii wynosiła z końcem roku 1896 w połączonych królestwach: 22,316, w Anglii i Walii 17385, w Londynie 4729, w Szkocyi 2448, w Irlandyi 2483. Jeden lekarz przypadał w połączonych królestwach na 1645 mieszk., w Anglii i Walii na 1602, w Londynie na 877, w Szkocyi na 1613 a w Irlandyi na 1976 mieszk. W posiadłościach angielskich w Australii jeden lekarz przypadał na 1862 mieszk.

* W rozprawach nad szczepieniem Pasteurowskiém, wywołanych w Akademii paryskiéj w skutek wystąpienia prof. Petera, odgrywa pewną rolę i „le prince Dr. Zagyell“, który doniósł był Akademii, że pies, który ukąsił 10 żołnierzy rosyjskich w Wilnie, wcale nie był wściekłym. Tymczasem komendant pułku drogą telegraficzną doniósł, że według rozpoznania weterynarzy, stwierdzonego sekcyją, pies ów w rzeczy saméj był wściekłym. „Można więc być księciem i doktorem, a nie mówić prawdy“, — odezwał się na wiadomość tę sekretarz stały Akademii. Ten sam książę Dr. Zagyell niedawno przedłożył był Akademii środek tajny przeciw wściekliźnie, prosząc o aprobatę Akademii, któréj naturalnie nie uzyskał.

Tak opiewa wiadomość, przez wszystkie pisma lekarskie powtórzona. Osobistość, o któréj mowa, mogłaby zdawać się tajemniczą, a jednak istnieje ona. Książę Zagell jest rodakiem naszym; przed 27 laty mieszkał on w Górowcach na Wołyniu

i ogłosił wtedy w *Tygodniku Lekarskim* (z r. 1860, Nr. 17) rozprawę p. t. „O istocie i leczeniu wścieklizny“, w któréj, oparty na 42 przypadkach, zaleca jako środek swoisty korzeń tawuły bulwkowéj (*Radd. spireae filipendulae*) a naprowadziła go na tę myśl nazwa litewska i polska téj rośliny (*perintas*, szaleniec). Z pracy téj jeszcze za czasów studenckich zdałem sprawę w *Revue d. W. Medicinalhalle* z r. 1861, I, str. 19—21). Od owego czasu nie spotkałem się z nazwiskiem księcia-doktora. Miałżeby on obecnie tym samym środkiem raczyć Akademię paryską, jako tajnym, lub porzuciwszy go wystąpić z nowym środkiem?

* Statystyka samobójstw w Prusiech. W r. 1883 w król. Pruskiém było 6171 samobójstw. Z tych przypada na płeć męską 4,933, na żeńską 1238. Przypadki te rozpadają się:

a) Wedle sposobu:

na powieszenie się . . .	3306 męż.	522 kob.	razem 3828
„ uduszenie się	5	„ 2	„ 7
„ utopienie się . . .	719	„ 519	„ 1238
„ zastrzelenie	568	„ 12	„ 580
„ narzędzia kłujące . .	13	„ 3	„ 16
„ poderznięcie gardła .	74	„ 28	„ 102
„ „ żył . .	23	„ 6	„ 29
„ rany brzuszne . . .	3	„ 2	„ 5
„ otrucie	120	„ 102	„ 222
„ „ gazami . . .	7	„ 4	„ 11
„ śmierć na szynach . .	60	„ 21	„ 81
„ zeskoczenie	28	„ 17	„ 45
„ inne sposoby . . .	7	„ —	„ 7
b) wedle pobudek:			
wstręt do życia w ogóle	558	„ 97	„ 655
cierpienia cielesne . . .	340	„ 106	„ 446
„ umysłowe . .	1014	„ 491	„ 1505
namiętności	95	„ 80	„ 175
nałogi	611	„ 27	„ 638
smutek	16	„ 13	„ 29
kłopoty	726	„ 88	„ 814
zgryzoty sumienia . . .	375	„ 114	„ 489
gniew i waśń	167	„ 41	„ 208.
inne pobudki	50	„ 6	„ 56
z pobudek nieznanych . .	981	„ 175	„ 1156

(*Zeitschr. d. k. pr. statist. Bureaus.*, 1886).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,7. Z błonicy i dławca umarło 4 (3 z. t.); z duru plamistego 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z gruźlicy 7 (8 z. t.); z zapalenia płuc 14 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 2 róży. W tygodniu od 9—15 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 9, w Budapeszcie 31, w Pradze 4, w Rzymie 10, w Wenecyi 9, w Paryżu 1, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Budapeszcie, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 18, w Hamburgu 26, w Paryżu 24. Z odry umarło w Berlinie 11, we Wrocławiu 12, w Paryżu 17, w Londynie 97. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 11, w Londynie 17, w Petersburgu 10, w Kolonii 11. Z dławca i błonicy umarło: w Berlinie 37, w Hamburgu 13, w Budapeszcie 11, w Pradze 15, w Paryżu 37, w Londynie 29, w Kopenhadze 15, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Londynie 32.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—15 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,5; we Lwowie 33,8; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 24,7; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 33,2; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 43,8; w Tarnowie 25,7; w Czerniowcach 35,4; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 25,6; w Wiedniu 25,0; w Salcburgu 39,0; w Gracu 31,4; w Tryjeście 38,6; w Insbruku 23,5; w Pradze 35,7; w Bernie 34,0; w Ołomuńcu 2[illegible],6; w Opawie 35,4; w Berlinie 22,3; w Wrocławiu 28,5; w Gdańsku 32,1; w Dreźnie 14.5; w Hamburgu 31,9; w Kolonii 27,5; w Lipsku 17,6; w Mnichowie 19,7; w Strasburgu 26,4; w Amsterdamie 22,4; w Brukseli 27,7; w Budapeszcie 33,5; w Chrystyjanii 24,2; w Kopenhadze 23,8; w Londynie 23,0; w Odesie 30,4; w Paryżu 25,4; w Petersburgu 31,6; w Rzymie 31,1; w Stokholmie 15,5; w Wenecyi 33,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 2 Lutego. Prof. Mikulicz przyjął zaproszenie do Królewca i opuszcza Kraków. Otóż wiadomość, która wczoraj rozeszła się w mieście naszém i wywołała powszechne zadziwienie i zasmucenie. W ostatnich kilku miesiącach słyszeliśmy po kolei o powołaniu znakomitego profesora do Würzburga, Petersburga i Królewca; pocieszaliśmy się jednak nadzieją, że prof. Mikulicz, który tak bardzo przywiązał się do Krakowa i zyskał powszechne sympatyje, nie porzuci swéj katedry, zwłaszcza, gdy budowa kliniki chirurgicznéj, o którą tak usilnie się starał, po wielu zawodach przecież miała niezadługo przyjść do skutku. Nawet gdy referent pruskiego ministerstwa, tajny radca Skrzeczka, przed dwoma tygodniami zjechał był umyślnie do Krakowa, aby traktować z powołanym do Królewca profesorem, łudzono się jeszcze, że Kraków nie poniesie téj dotkliwéj straty, zwłaszcza gdy prof. Mikulicz zapewniał, że pozostanie w mieście naszém, jeżeli we Wiedniu otrzyma stanowcze zapewnienie, iż budowa kliniki, pomimo znacznego przekroczenia sumy przez Rząd preliminowanéj, rozpocznie się pod wiosnę. Tego zapewnienia podobno prof. Mikulicz w Wiedniu nie otrzymał, i z tamtąd drogą telegraficzną doniósł rządowi pruskiemu, że katedrę królewiecką przyjmuje. Gdy wczoraj za powrotem jego z Wiednia dowiedziano się o tém postanowieniu, słuchacze medycyny a następnie słuchacze wszystkich Wydziałów w liczbie 6—700 udali się do prof. Mikulicza prosząc go o pozostanie w Krakowie. Rozczulony tém przywiązaniem młodzieży akademickiéj oświadczył prof. Mikulicz, że cofnąć się trudno, ale jeżeli znajdzie sposób wyjścia, uczyni zadość prośbie młodzieży. Tę samą odpowiedź otrzymał Wydział lekarski, zwołany przez dziekana na posiedzenie nadzwyczajne wczoraj w południe, jakotéż Senat akademicki, który zebrawszy się o godzinie 4éj po południu udał się *in pleno* pod przewodnictwem czcigodnego Rektora hr. Tarnowskiego do prof. Mikulicza. Tak Wydział jako i Senat drogą telegraficzną udały się do JE. p. Ministra oświecenia we Wiedniu z usilną prośbą o dołożenie wszelkich starań, aby utrzymać prof. Mikulicza w Krakowie. Rezultatem interwencyi Senatu było, że prof. Mikulicz dziś rano pojechał do Berlina, zapewniając, że jeżeli nominacyja jego do téj chwili nie nastąpiła, starać się będzie o wstrzymanie jéj i o zwolnienie siebie od danego przyrzeczenia; gdyby zaś już nastąpiła, cofnięcie się byłoby mu niemożebném. W ciągu dnia jutrzejszego ma nadejść od niego depesza, która nam ma zwiastować nadzieję utrzymania lub pewność stracenia go dla Krakowa. Od treści téj depeszy zależy, czy Rektor Uniwersytetu uda się do Wiednia, celem robienia dalszych kroków, lub czy razem z Wydziałem lekarskim i z Uniwersytetem znajdzie się w obec czynu dokonanego.

D. 3 lutego. Ziściła się niestety obawa i znajdujemy się w obec faktu dokonanego. Prof. Mikulicz doniósł dziś telegraficznie Dziekanowi Wydziału lek., że został już mianowany profesorem w Królewcu.

* Nr. 5 Časopisu lékařův českých wyszedł jako jubileuszowy ozdobnie tak pod względem druku i papieru jak i objętości. Poświęcony on jest wyłącznie sprawozdaniu z uroczystego posiedzenia i biesiady, które się odbyły d. 24 stycznia z powodu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa i jego czasopisma. Po zagajeniu przez prezesa tegorocznego prof. Hlavę miał rzecz docent Chodounský o historyi Towarzystwa, w któréj uwydatnił coraz ściślejsze stosunki, zachodzące pomiędzy lekarzami czeskimi a polskimi, a które znalazły wyraz na Zjazdach lekarskich w Krakowie, Pradze i Poznaniu. Następnie prof. Hlava miał wykład o czerwonce, docent Mareš zaś z dziedziny urologii. Na uczcie, która miała miejsce po posiedzeniu, liczne wniesiono toasty: na N.Pana, na miasto Pragę, na stowarzyszenie czeskie, morawskie i polskie itd. Podczas uczty nadeszły liczne depesze, z których podnosimy: depesze Akademii Umiejętności, Tow. lek. warszawskiego, lekarzy polskich z Warszawy, Krakowa, Wilna, Poznania i Lwowa, Tow. lek. krakowskiego, Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego, Gazety Lekarskiéj, Koła przyrodników warszawskich, Sekcyi lek. Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu, od Geppnera, prof. Korczyńskiego, Drów Wicherkiewicza, Kaczorowskiego, Skowrońskiego, Redakcyi Wiado-

mości lekarskich itd. W końcu Dr. Nečas podał do wiadomości: że Spolek na pamiątkę jubileuszu swego wyznaczył kwotę 300 zła. jako nagrodę za dwie najlepsze prace lekarskie. Pięknie zakończyła się więc piękna ta uroczystość, świadcząca o żywotności narodu dobijającego się stanowiska poważnego w świecie naukowym.

* W miasteczku wschodniéj Galicyi odległém o ½ mili od kolei żelaznéj, posiadającém sąd powiatowy i urząd podatkowy z apteką w miejscu, ma być obsadzoną posada lekarza miejskiego. Dochody stałe obliczyć można na 600 zła., praktyka w okolicy ludnéj i zamożnéj zapewniona. Bliższéj wiadomości udzieli interesującym Dr. Schaitter w Zakładzie medycyny sądowéj w Krakowie.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego wiedeńskiego, w d. 28 stycznia odbytém, Dr. Julijan Czyrniański z Krakowa przedstawił nową pompę żołądkową, ułożoną według jego wskazówek przez mechanika Reinera w Wiedniu, która wprawdzie polega także na zasadzie aspiracyi, jednak ma być wygodniejszą i dokładniejszą od dotychczasowych.

* **Wiedeń.** Prof. Mauthner udał się do Ministerstwa z prośbą o otworzenie dla niego 2éj kliniki okulistycznéj. W skutek tego podania Wydział lek. wyznaczył komisyję.

Prof. Arlt dla wielkich bólów w kikucie amputacyjnym musiał poddać się ponownéj operacyi, a mianowicie wycięciu 19 cm. długiego kawałka n. kulszowego. Operacyję uskutecznili proff. Billroth i Dittel.

Prof. Bandl podał się o uwolnienie od obowiązków prof. położnictwa w Wydziale niem. w Pradze.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bazyleja.** Prof. położnictwa Dr. Bischoff przeszedł w stan spoczynku. — **Wrocław.** Na nowo usystemizowaną zwyczajną katedrę higijeny powołany został prof. Flügge z Getyngi. — **Lipsk.** Prof. położnictwa Credé starszy ustępuje z katedry, a na jego miejsce powołany został prof. Olshausen z Hali. — **Leyda.** W skutek śmierci Thomasa katedrę położnictwa otrzymał Dr. Treub. — **Paryż.** Prof. Chevreuil, ukończywszy lat 100, podał się do dymisyi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Bronisław Wasilkowski z Rydzyn w gub. piotrkowskiéj i Abraham Winawer rodem z Warszawy.

Dr. Szczęsny Świerz osiadł w Ryglicach.

* **Mianowania.** Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali: Dr. Jan Kudas we Lwowie, Stanisław Steiner w Krakowie i Michał Lewicki w Pradze czeskiéj.

Starszy lekarz sztabowy 2éj kl. Dr. Wilhelm Tonner, mianowany kierownikiem szpitala wojskowego w Lublanie. Dr. Tonner, brat posła, przez długi czas pozostawał w Krakowie i był członkiem naszego Towarzystwa lek.

* **Nekrologija.** W Turynie umarł d. 24 stycznia r. b. Dr. Antoni Garbiglietti, antropolog, b. lekarz nadworny królowéj sardyńskiéj Maryi Krystyny, licząc lat 79. — W Paryżu umarł słynny ginekolog prof. Nonat w 82 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Perkowskiego: O zszywaniu nerwów. — W *Medycynie* Nr. 5: Brauna (z oddziału prof Obalińskiego). Rozwój antyseptyki i wpływ téjże na choroby przyranne w oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w Krakowie; Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym; Trzebickiego: Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli (dok.) — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 1: Stachiewicza: Antifebrin przeciw gorączce w gruźlicy płuc (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. RUMSZEWICZ: Kilka przypadków prawidłowego wzroku przy wziernikowych zmianach zanikowych w tarczy n. wzrokowego. (Odbitka z „Medycyny“ 1886), in 8vo str 4.

Tenże: Niezwykły przypadek ciała obcego w rogówce. (Odbitka z „Medycyny“ 1886), in 8vo str. 4.

Piśmiennictwo lekarskie. BIRCH-HIRSCHFELD F. V. Lebrbuch der patholog. Anatomie. 2 Aufl. 2 Bd. spec. Th. 3 (Schluss-) Lfg. M. 46 Holzschn. 8 Leipzig, Vogel. M. 8. — (cplt. M. 28).

DAMASCHINO A. Leçons sur les maladies des voies digestives. 2 tir. 8 Paris, Alcan. Fr. 14.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 lutego o godzinie 6éj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po wyczerpaniu programu z ostatniego posiedzenia Kol. prof. Rydel przedstawi przypadek irydektomii według Weckera, poczém kol. Gluziński mówić będzie: o fizyjologicznéın i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6540. **KONKURS.**

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 złr. w. a., połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi, musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białéj. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, najdaléj do ostatniego Lutego b. r. do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1887 r. Burmistrz *Nahowski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 12 Lutego 1887. Nr. 7.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, d... narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém** i **Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

I. Przyczynek do nauki o kiłowéj wysypce barwikowéj
(Leucoderma syphiliticum).

Podał
Dr. Ernest Finger,
docent chorób skórnych i kiłowych w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Dokończenie. Patrz Nr 6.)

Pamiętając o tém powtórzyłem badanie; jakoż przy zdejmowaniu kołnierza ze szyi przez chorego wpadło mi w oczy kilka białych plam na karku, które mi zaraz leukodermat na myśl przyprowadziły. Poprosiłem chorego, ażeby się w zupełności rozebrał, i wynik tych oględzin sprawił mi z jednéj strony niespodziankę i zadowolenie, z drugiéj zaś był dla mnie pouczającym. Na ciemno ubarwionym karku i szyi silnego bruneta, znajdują się w granicach, do góry aż do dolnéj linii włosów, na dół aż pomiędzy łopatki, na przód aż do przedniego brzegu schylacza głowy, liczne plamy o wielkości soczewicy, aż do wielkości centa, białéj zresztą zupełnie niezmienionéj skóry, otoczone na brzegach pasem ciemnéj skóry, które nam przedstawiają typowy obraz zanadto mało jeszcze rozwiniętego leukodermatu, gdyż plamy te dopiero na niewielu miejscach zlały się ze sobą.

Nie wahałem się w tym przypadku rozpoznać kiłę, a rozpoznanie to zostało przez wynik dalszych oględzin w zupełności potwierdzoném. W lewém podżebrzu znajdował się pierścień wielkości dłoni w trzech częściach zamknięty, a ułożony z brunatno-czerwonych już to łuską, już to strupem pokrytych grudek wielkości soczewicy, któreto grudki zamykały pomiędzy sobą delikatną, w siatkę utkaną, często przez bliznowate, płytkie wyżłobienia zmienioną skórę. Podobne, tylko mniejsze, bo wielkości srebrnego reńskiego gromadki kiłowych guzków na skórze znajdowały się na zewnętrznéj stronie uda lewego prawie w środku i kilka podobnych w półkole ułożonych gruzełków w rowku wieńcowym przechodzących na resztki obciętego napletka. Do téj na twarzy podobna, okrągławo-zaklękniona i jakby utkana z podobnego porostu powstała blizna na grzbiecie, (chory na nią wcale nie zważał, gdyż mu żadnéj dolegliwości nie sprawiała), uzupełniała ten obraz choroby, który obraz pozwalał na pewne rozpoznać kiłową wysypkę grudkowatą ułożoną w gromadki, leukodermat kiłowy na karku i na licu pokrytém włosem, w połączeniu z ograniczoném wyłysieniem. Zdaje mi się bowiem, że jestem w zupełności uprawniony przypuścić, że to samo zaburzenie odżywcze, za następstwo którego zanik barwika uważać musiałem, także do utraty włosów prowadzić mogło, gdyż zaburzenia odżywcze w przebiegu kiły prowadzą bardzo często do utraty włosów, a tutaj na tém samém miejscu przez to samo zaburzenie powstały równocześnie zanik barwika i włosów.

Temu dodatniemu wywodowi z oględzin brakowało w zupełności dat anamnestycznych. Chory przeczy jakoby miał być zarażony kiłą. Tymczasem nie bez interesu są daty z jego rodziny. Ożenił się w 25 r. życia w r. 1868. W latach 1869, 70, 72, 74 urodziło mu się czworo zdrowych dzieci, które obecnie mają lat 17, 16, 14 i 12 i znajdują się w zupełnie dobrym stanie zdrowia. W r. 1878 poroniła żona jego w 6 miesiącu ciąży i wydała płód nieżywy i zgniły, w r. 1880 porodziła znów nieco przed prawidłowym końcem ciąży słabowite dziecko, które miało na sobie „krosty i świerzb“ i po trzech miesiącach umarło. Wreszcie w. r. 1883 urodziło się dziecko dojrzałe i zdrowe, które obecnie ma lat trzy, jest zdrowe i silne.

Z tych dat można z wszelkiém prawdopodobieństwem przypuścić zarażenie się chorego w latach między 1874 a 78, prawdopodobnie bliżéj ostatniego terminu, a więc mniéj lub więcéj przed 8 lub 10 latami, i to tém pewniéj, że o ile sobie chory przypomina przed i w czasie piątéj ciąży swéj żony (1878), téj właśnie, która się poronieniem skończyła, cierpiał wiele na gościec głowy, który go osobliwie wieczór i w nocy dręczył i częstokroć spokój nocny odbierał. Uży-

skanie dalszych dat przez wywiadywanie pozostało bez skutku. Żona jego była zawsze i jest zdrową i silną.

Terapija, jaką przepisałem, składała się z zażywania jodku potasu 2 gr. na dzień i przykładania plastru z szaréj maści na owe gruzełki kiłowe. Na plamę na twarzy poleciłem, oprócz ciągłego golenia, wymywanie jéj każdego wieczora: *Rp. Acid salicyl. 5·0, Spir. vin. gallic. 250·0* a następnie wcieranie maści:

Rp. Merc. sublim. corros. 0·3,
Merc. praecip. alb. 3·0,
Lanol. Vasel. aa 15·0.

Kiłowe gruzełki znikły bardzo prędko, lecz wysypka barwikowa kiłowa na szyi i karku pozostała bez zmiany. Plama na licu wygląda dziś (16 grudn. 1886) znacznie lepiéj. Raz, że odbarwienie nie jest tak rażącém, czy w skutek sprowadzenia barwika na miejsca bezbarwne, czy téż w skutek zbladnięcia ciemno-zabarwionego pasa na obwodzie przez działanie sublimatu, trudno mi jest rozstrzygnąć. Na całéj powierzchni plamy wyrosły obficie, chociaż zawsze jeszcze rzadko posiane, włosy, tak, że chory chce próbować zapuścić brodę na nowo.

Na podstawie opisu przypadku niniejszego możemy poczynić o leukodermacie kiłowym następujące uwagi:

1. Leukodermat kiłowy owłosionych miejsc ciała może pojawiać się w połączeniu z ograniczoném wypadaniem włosów.

2. Leukodermat kiłowy może powstać jeszcze bardzo późno, w przypadkach, które już do trzeciorzędnego okresu kiły zaliczamy.

3. Może się rozwinąć samodzielnie, bez poprzednich wysypek. Że leukodermatu na szyi, a osobliwie na twarzy, nie poprzedziły w tym przypadku gruzełki kiłowe, jest rzeczą dowiedzioną zeznaniem chorego, którego nie uszłyby uwagi owe „porosty" podobnie jak wszelkie inne zmiany, chociażby im żadnego znaczenia nie przypisywał; okoliczności téj dowodzi również brak wszelkich blizn, jakieby kiłowe gruzełki po sobie pozostawić musiały. A że leukodermat już z drugorzędnego okresu kiły istnieje, zdaje mi się rzeczą nieprawdopodobną, sądząc po dosyć świeżéj formie, w jakiéj się przedstawia, jak również z dotychczasowego doświadczenia, jakie o leukodermacie posiadamy.

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

III.

Amputacyja przypadkowa palca wielkiego u ręki prawéj z otwarciem stawu nadgarstkowo-palcowego pierwszego; zeszycie za pomocą srebrnego druta odłamków kostnych, zeszycie przeciętych ścięgien mięśniowych. Wyleczenie z zupełną ruchomością palca.

Danilo Krzywiński, 16-letni chłopiec, z Pikulowic zraniony został 10 listopada 1886 w południe sieczkarnią w rękę prawą. Powstały ztąd znaczny krwotok starano się zatamować chlebem z masłem i opaską. Tegoż dnia o godzinie 6éj wieczorem zgłosił się do mnie z raną kostną oddzielającą na wskróś główkę od trzonu kości nadgarstkowéj pierwszéj prawéj a przebiegającą pionowo i nieco ukośnie do osi kości; na grzbiecie téjże rany kostnéj znajdowała się nieregularna rana szarpana, płatowa, części miękkich; na obwodowych częściach rozwartéj rany po odwinięciu płatu dały się odszukać przecięte ścięgna mięśni: *extensor pollic. longus et brevis*; końce przeciętych ścięgien były oddalone od siebie blisko na 3cm. Rana przechodziła z jednéj strony na stronę dłoniową ręki a mianowicie na brzusiec palca wielkiego, z drugiéj zaś strony stała w związku z drugą nieregularną płatową przebiegającą wzdłuż całéj długości palca wskazującego po jego stronie dłoniowéj. W ten sposób palec wielki wisiał tylko na częściach miękkich brzuśca swego. Staw nadgarstkowo-palcowy pierwszy był otwartym a oba odłamki kostne można było przesuwać ponad sobą. Chory mógł palec wielki zginać, nie mógł go jednak wyprostować.

Przy łaskawéj pomocy Dra Wehra przystąpiłem do założenia szwu kostnego i szwu ścięgien. Po dłuższéj elewacyi odnogi i założeniu w środku przedramienia sprężystego węża Esmarcha oczyszczono dokładnie ranę wodą ciepłą, szczotką, mydłem i 5% karbolem. Przewiercono oba odłamki kostne świderkiem kostnym w dwóch miejscach i zespojono dokładnie za pomocą 2 szwów z drutu srebrnego średniego kalibru. Obcięte krótko końce skręconego drutu wgnieciono w kość. Następnie za pomocą nożyczek zakrzywionych odświeżono części obwodowe przeciętych ścięgien obu mięśni i założono 3 szwy jedwabne nawskróś przez oba ścięgna w okolicy ½ cm. od przeciętych brzegów; końce ścięgna wyprostującego długiego przybliżyłem przytém dwoma węzłami chirurgicznemi, mięśnia krótkiego zaś jednym węzłem. Do szwu ścięgien użyłem Nru 1 jedwabiu wygotowanego w 5% karbolu i zwyczajnéj zakrzywionéj igły; ujmowałem przytém całą grubość ścięgien. Ranę na całéj długości zespoiłem szwem kuśnierskim, przyczém założyłem 2 dreny: jeden w zatokę wzdłuż rany palca wskazującego, drugi zaś w kącie między oboma palcami. Po oczyszczeniu rany sublimatem założyłem opatrunek sublimatowojodoformowy, ustaliłem odnogę szyną z tektury i usunąłem węża Esmarcha.

Gojenie odbywało się przy dość znacznem ropieniu; 22/11 usunięto dreny, a 26/12 rana na całéj przestrzeni zabliźniła się; ruchomość palca wielkiego jest zupełną w obydwu kierunkach; palec wskazujący jest nieco sztywny; dla tego kilkanaście razy wykonano forsowne zgięcie tegoż i polecono choremu powtarzać zginania podobne często; szynę usunięto; założono jeszcze opatrunek z waty Brunsa i opaski organtynowéj krochmalonéj. Po zastósowaniu kilkunastorazowém forsownego zgięcia palca wskazującego ruchomość tegoż powróciła zupełnie.

W przypadku powyżéj opisanym nie zastósowaliśmy, pomimo pierwotnego planu, żadnego ze sposobów szycia ścięgien podanych niedawno przez Wölflera (*Wien. med. Woch.*, 1884, Nr. 49, str. 1454), zapewniających dokładniejsze zbliżenie końców przeciętych, obawiając się nekrozy tychże, wyniknąć mogącéj z zaciśnięcia dla wąskości tychże ścięgien, jak to miało miejsce w kilku przypadkach Wölflera (l. c.). Że prosty przez nas użyty sposób szycia w naszym przypadku nie zawiódł pomimo oddalenia kikutów ścięgien, udowadnia nam to przywrócenie zupełnéj funkcyi ścięgien. Do szwu kostnego użyłem z korzyścią srebrnego drutu, przekonawszy się na kilku resekcyjach kolana, że zrost odłamków kostnych po zastósowaniu tego materyjału do szycia bywa nadzwyczaj silnym; nadto pozostawić go można bez szkody dla organizmu na zawsze w odłamkach kostnych, co téż i w tym przypadku uczyniłem.

Obawiałem się w tym przypadku nekrozy główki kości

nadgarstkowéj z powodu otwarcia stawu; obawa ta jednak na szczęście nie sprawdziła się, a krążenie na około szyjki było dostatecznem do odżywienia główki. Hüter (*Chirurg.* II wyd., II tom, IV odd. str. 89) radzi wprawdzie w przypadkach odcięcia główki falangi palca albo kości nadgarstkowéj wyjąć ją jak przy resekcyi twierdząc, że w razie pozostawienia i przyrośnięcia główki przyszłoby do tak znacznego przerostu torebki stawowéj (dołączającéj się zazwyczaj do wytworzonéj kostniny), że powstałaby ztąd ankiloza utrudniająca funkcyję palca. W naszym przypadku pozostawienie główki nie upośledziło wcale funkcyi palca.

III. Leczenie zapalenia płuc włóknikowego.

Napisał

Dr. Paczkowski w Pelplinie.

Prace mężów, wysokie w dziedzinie medycyny dzierżących stanowisko, jak Dietla, Niemeyera, Schmidta, Laboulbèna, Legendra i wielu innych, nadały całkiem inny kierunek leczeniu zapalenia płuc dławcowego. Zdania, że przetwory antymonu zajmujące aż dotąd tak wybitne stanowisko w zwalczaniu téj choroby są bez wpływu na jéj przebieg, poczęły się mnożyć i tak zeszła większa część profesorów, a za nimi ich uczniowie, z zajętéj pozycyi i wstąpiła na drogę wyczekiwania wołając coraz głośniéj: „patrzcie, oto ulepszenie samoistne“. Mała tylko garstka oparta o nabyte doświadczenia trzymała się dawnego sposobu podnosząc głos poważny w obronie utartego kierunku a do ich grona zaliczamy największą ówczesną powagę na polu medycyny wewnętrznéj, prof. Trousseau. Posłuchajmy jego głosu: „Czy godzi się“ powiada ten uczony, „na podstawie, że w tak wielu przypadkach zapalenie płuc bez pomocy lekarskiéj pomyślny bierze obrót, w obec téj choroby wyczekujące zająć stanowisko? Mojém zdaniem nie, i nie jestem w stanie zostać bezczynnym w obec takiéj choroby. Przywołany do chorego na zapalenie płuc spieszę na pomoc z całym przyrządem przeciwzapalnym“. Wiadomo, że Trousseau tylko w obec pewnych groźnych objawów używał wenesekcyi a ograniczał się, jak sam powiada, z wielką korzyścią do używania antymonu i to wyłącznie *kermes minerale*, a u dzieci *stib oxydat. alb.*, podczas gdy wszyscy inni używali *stibio-kali tartar*. Na pochwałę tych dwóch środków powiada co następuje: „*Stibio-kali tartaricum* wywołuje już w małéj ilości zapalenie jamy ustnéj, żołądka i kiszek, w skutek czego nie można środka tego dawać choremu aż do usunięcia zapalenia płuc, ale jest przetwór antymonu równający się *stibiok-ali tartaric.* w działaniu na płuca i serce bez wpływu szkodliwego na jamę ustną, żołądek i kiszki, a tym jest *kermes minerale*, mogący być dany nawet w poważnéj dawce“. Jego też zdaniem przypisać należy szkodliwemu działaniu *stibio-kali tartaric.* na żołądek i kiszki, a ztąd mniéj wybitnemu na zapalenie płuc, zaniechanie zupełne tego leku przeciw téj chorobie przez tak przeważną liczbę lekarzy. Jako wychowaniec szkoły, zwolenniczki stanowiska wyczekującego, trzymałem się zasad mego szanownego profesora aż do roku 1871. Wtedy to miałem sposobność zetknięcia się z literaturą francuską i zapoznania ze sposobem leczenia zapalenia płuc za pomocą *kermes minerale*, którego się aż do téj chwili trzymam. Spostrzeżenia moje rozciągają się na bardzo liczny zastęp, bo na przeszło 500 chorych a poważna to przecie liczba, mogąca wykazać dobitnie skuteczność lub bezskuteczność jakiegokolwiek leku. Począwszy od roku 1871 aż do chwili obecnéj leczyłem 532 chorych na zapalenie płuc za pomocą *kermes minerale*, a liczba ta obejmuje chorych rozmaitego wieku obojéj płci od pięciu aż do przeszło ośmdziesięciu lat życia. Z téj liczby przypada na wiek od 5 do 10 lat życia 26 chorych, od 10 do 20 lat życia 63 chorych, od 20 do 50 lat życia 293 chorych, od 50 do 60 lat życia 92 chorych, od 60 do 70 lat życia 50 chorych, od 70 do 88 lat życia 8 chorych. Razem 532 chorych. Z tych umarło dziewięciu, a mianowicie: 1) Wdowa 54-letnia, dawniéj zdrowa, zapadła na obustronne zapalenie. Mimo natychmiastowego zasiągnięcia pomocy lekarskiéj umiera już trzeciego dnia po zachorowaniu a *kermes* bez zwłoki dany okazuje się bez wpływu na przebieg choroby. — 2) Wyrobnik 48-letni, dość silny, dawniéj zdrowy, w opiekę lekarską oddany trzeciego dnia po zachorowaniu, spożywa tylko dwa gramy kermesu i bardzo nieregularnie i umiera ósmego dnia. — 3) Obywatel 42-letni, miernych sił, dawniéj zdrowy, oddał mi się w opiekę czwartego dnia po zachorowaniu. Kermes bez wpływu, śmierć ósmego dnia. — 4) Wyrobnik 32-letni, cierpiący na chorobę Brighta z powiększeniem i hypertrofiją serca w trzecim okresie. Kermes bez wpływu, śmierć piątego dnia. — 5) Wdowa 62-letnia, słabowita, zapada po raz trzeci na zapalenie płuc. Kermes użyty trzeciego dnia po zapadnięciu bez wpływu, śmierć szóstego dnia. — 6) Nauczycielka 42 letnia, bardzo słabowita, kermes użyty zaraz następnego dnia po zachorowaniu sprowadza polepszenie, ale dnia czwartego następuje poronienie sześciotygodniowego płodu bez pogorszenia stanu choroby. Dnia siódmego donosi mąż, że brzuch się wzdął (powodu nie znam, choréj nie widziałem) a ósmego dnia chora umiera. — 7) Wyrobnik, 72-letni pijak nałogowy. Kermes użyty czwartego dnia po zachorowaniu, *delirium tremens*, a siódmego dnia śmierć. 8) Wyrobnica, 58-letnia, słabéj budowy. Kermes użyty czwartego dnia po zachorowaniu nie przynosi ulgi; chora umiera szóstego dnia. — 9) Poborca 78-letni; kermes przepisany trzeciego dnia po zachorowaniu nie polepsza stanu choroby i czwartego dnia chory umiera.

A więc na 532 chorych umarło dziewięciu, 1,69 %, a wyzdrowiało 523, liczba jeszcze żadnym innym środkiem nieosiągnięta. Jeżeli zaś zważymy, że jeden z chorych może tylko przez własną winę śmierć poniósł nie używając w przepisanéj ilości zalecanego leku, że do śmierci drugiego przyczyniła się przeważnie choroba Brighta i sercowa, zmniejszy się liczba umarłych o dwóch i zostanie tylko siedmiu.

Co do wieku przypada na 293 chorych w wieku od lat dwudziestu do pięćdziesięciu 4 przypadki śmierci, czyli 1,36 %, na 92 chorych w wieku od 50 do 60 lat 2, czyli 2,17 %, a na 50 chorych w wieku od 60 do 70 lat 2 czyli 25 %.

Przypatrzmy się teraz stronie dodatniéj środka. Tu przedewszystkiém baczyć musimy na to, aby lek zawsze był świeży. Zdarzały mi się bowiem przypadki, w których kermes wzięty z aptek, gdzie go lekarze miejscowi wcale nie używali, gdzie więc przez lata spoczywał nieruszany, nic nie pomagał, gdzie zaś posłany z apteki miejsca mego zamieszkania w kilku godzinach u tych samych chorych zmieniał stan choroby. W dalszém rozpatrywaniu stron dodatnich musimy wziąć w rachubę czas, w jakim chorzy po zachorowaniu zasięgnęli rady lekarskiéj, skutek tém wybitniejszy, tém więcéj w oczy bijący, im rychléj po zapadnięciu chory zaczął używać kermesu. Podzielmy tu chorych na takich, którzy *a*) dnia drugiego, *b*) trzeciego, *c*) czwartego do siódmego oddali się lekarzowi w opiekę. Najwyraźniéj zarysował się skutek dobry,

jeżeli dano kermes drugiego a najpóźniéj trzeciego dnia po wybuchnięciu choroby i to, jak już powiedziałem, bez różnicy wieku. Lecz niestety udaje się do lekarza z przyczyn od niego niezależnych zbyt mało chorych już w tym okresie. Z całéj liczby przypada na *a*) tylko 57, na *b*) 123, reszta na *c*). W trzech tylko z tych 57 przypadków pod *a*) trwała choroba pięć i sześć dni, u młodzieńca ośmnaście i mężczyzn 32- i 40-letnich, ale byłyto wszystko przypadki ciężkie, z przebiegiem więcéj durowym. Tu wpływ kermesu samego mniéj się uwydatnił i zwrot w chorobie nastąpił dopiero po połączeniu kermesu z wielką dawką chininu dziennie na raz 1,50 gramów. U reszty nie trwała choroba nigdy nad 24 godzin po rozpoczęciu używania kermesu. Jest nawet 21 przypadków takich, w których dwanaście do szesnaście godzin wystarczyło do zupełnego usunięcia choroby. Wspomnę z nich kilka. 1) Aptekarzowa S., 20-letnia, zachorowała wieczorem. Następnego dnia o godzinie dziewiątéj z rana otrzymuje kermes, a o godzinie dziesiątéj wieczorem ani śladu choroby [1]. — 2) Rzeźnik B., 34 l., chory jeden dzień i jednę noc. Rano o godzinie ósméj dostaje kermes, a na wieczór o godzinie dziewiątéj ani znaku choroby. — 3) Mularz S., 30 l., dostaje po 26 godzinach choroby kermes, a czternaście godzin później wszystko znikło. — 4) Dziewczynka R., 8 l., dostaje kermes po 30 godzinach choroby, 18 godzin potém wszystko ustąpiło. — 5) Wreszcie wspomnę z przyjemnością o dostojnym pacyjencie najprzewielebniejszym ks. b. M. z Pelplina, który w 89 roku życia zapadł na zapalenie płuc. Po zaziębieniu spostrzeżono u niego w niedzielę stan gorączkowy. Przywołany w nocy z niedzieli na poniedziałek stwierdziłem tylko znaczne podniesienie ciepłoty i przyspieszenie tętna do 96 na minutę. Pogrążonego w twardym śnie nie zbudziłem i podążyłem do niego w poniedziałek o godzinie ósméj zrana, gdzie o pojawieniu się zapalenia płuc w lewym boku na dole już nie było wątpliwości. Ciepłota 39,1°C., tętno 90 na minutę. Przepisałem kermes. O godzinie trzeciéj z południa wspólna narada ze sprowadzonym w tym celu z Gdańska kolegą, który rozpoznanie potwierdził. Chory ma się lepiéj, ciepłota 38,2°C., tętno 80 na minutę, plwociny mniéj krwawo zabarwione. O godzinie pół do dziewiątéj z wieczora ciepłota 37,6°C., tętno 74 na minutę, plwociny zupełnie czyste. Dnia następnego zrana o godzinie ósméj ciepłota 36,8°C., tętno 60 na minutę, plwociny czyste, chory wstał a po trzech dniach znikł kaszel i wydzielina.

Jak w poprzednio przytoczonych przypadkach, tak i tu nie było pomyłki w rozpoznaniu, co zresztą kolega Dr. Lach potwierdzić może. Posądzony w kołach koleżeńskich w prywatnéj pogadance o szarlataneryję nie podniosłem głosu w swéj obronie odkładając to do czasu, w którym z obszerniejszém wystąpię sprawozdaniem z leczenia wszystkich chorych na zapalenie płuc. Dwa lata późniéj zapada ten sam dostojnik znowu na zapalenie płuc jako starzec przeszło dziewięćdziesięcioletni, ale teraz już dwie godziny po zadaniu kermesu w dwóch tylko pigułkach następuje osłabienie, bezprzytomność, chory nie może pigułek połknąć i dnia następnego umiera. (Ten przypadek niezaliczony do liczby ogólnéj chorych z powodów z powyższego opisu wynikających).

W przypadkach pod *b*) jest między 123 chorymi prawie połowa, gdzie po użyciu kermesu zapalenie nagły bierze zwrot i po upływie 12 do 24 godzin znika, aby ustąpić miejsca szybkiemu wyzdrowieniu. Reszta z nielicznym wyjątkiem w ten sposób przebiega, że zjawia się znaczne polepszenie, które z każdym dniem postępując sprowadza siódmego lub ósmego dnia zupełne ustanie zapalenia.

U chorych trzeciéj kategoryi nie było tak nagłego zwrotu w chorobie, ale z małemi wyjątkami zauważyłem ulgę we wszystkich dolegliwościach a polepszenie równie z każdym dniem postępując doprowadzało siódmego lub ósmego dnia do zupełnego opadnięcia zapalenia. Wszędzie, nawet u ludzi w podeszłym wieku, była rekonwalescencyja prędka, bez przejścia w stan przewlekły, nigdzie nie miałem powikłań. Ale były też i ujemne strony w tym obrazie, o których zapomnieć nie można. W przypadkach ze szczęśliwym przebiegiem napotykałem takie, w których choroba uporała się z zadanym środkiem. Byłyto wszystkie przypadki ciężkie z przebiegiem więcéj durowym, w których wielkie dzienne dawki chininu 1,25 do 1,50 na raz w połączeniu z kermesem regularnie piątego, szóstego aż do ósmego dnia do pożądanego prowadziły celu.

W sposobie dawania leku trzymałem się przepisu prof. Trousseaua: *Kerm. mineral.* 2,0, *Extr. digital.* 0,15, *Opii pur.* 0,05, *Extr. qs. ad. pil. Nr.* 32, *DS.* Co dwie godziny dwie pigułki we dnie i w nocy. Dołączenie makowca, który Trousseau dawał dopiero po ukazaniu się wymiotów lub rozwolnienia, uważam za konieczne, aby z góry przypadom tym zapobiedz i chorego nie osłabić. Tę samą dawkę dostawali starcy nawet i dzieci (z mniejszą dawką makowca), u ostatnich stosownie do wieku zaczynałem od jednéj pigułki co 2 godziny przechodząc po kilku godzinach do dwóch co 2 godziny. Nigdzie nie widziałem szkodliwego wpływu na jamę ustną, żołądek lub kiszki, jakkolwiek kilka razy dawałem po 3 pigułki co 2 godziny. Trzy razy zdarzyło mi się, że chory mimo makowca pół godziny po wzięciu pierwszych dwóch pigułek zaczął wymiotować, co się regularnie za każdą dawką powtarzało. W têm położeniu schodziłem do jednéj a nawet do pół pigułki co 2 godziny i wtedy dopiero zwiększałem dawki, kiedy się żołądek chorego do środka przyzwyczaił, co zwykle nastaje. Po przełamaniu się choroby daję po 2 pigułki co 3 godziny i wreszcie przestaję zupełnie przechodząc w przypadkach późno mi w opiekę oddanych lub słabo kermesowi ustępujących do *Inf. Ipecac.* 1,0—2,0 na 180,0 z *Ammon. muriat.* 5,0 co 2 godziny łyżkę stołową, jak to dawniéj czyniono; tam zaś, gdzie znaczne okazuje się stłumienie odgłosu wypukowego, do *Kal. jodat.* podług przepisu Leberta przez dziesięć lub więcéj dni. Skutki bardzo dobre.

Niesłusznie zatém zaniechano tak znakomitego środka w zapaleniu płuc, któremu należy się wszelkie uznanie. Być może, że przyszłość wynajdzie coś lepszego, ale obecnie nic go zastąpić nie zdoła. Czy lek ten niszczy wprost zaród chorobowy, czy też w ten sposób działa, że przez działanie na płuca i obieg krwi odbiera mu siłę rozmnażania się orzec nie mogę. Będą to w stanie sprawdzić koledzy fachowi pracujący w dziedzinie bakteryjologii.

[1]) Na czém opierano rozpoznanie choroby? *(Przyp. Red.)*

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Hlava: **O czerwonce.** (Wykład miany na uroczystém posiedzeniu Spolku lek. česk. d. 24 stycznia rb.)

Etyjologija czerwonki mimo licznych usiłowań dotąd nie jest wyjaśnioną. Spostrzeżenia Priora, Zieglera, Condorelli-Mangeriego, Aradasa, którzy skonstatowali w téj chorobie

mikrokoki, streptokoki, laseczniki bez i ze sporami na końcach, nie zostały dotąd potwierdzone w czerwonce europejskiéj. Natomiast na uwagę zasługują ameby w czerwonce tropicznéj, które spostrzegali: Koch, Kartulis, Sousino i Grani.

Materyjału do studyjów prelegenta dostarczał tutejszy szpital dla umysłowo chorych, w którym czerwonka jest dosyć częstą chorobą. Wszystkie przypadki od początku roku 1885 do końca roku 1886 były zbadane pod względem bakteryjologicznym i anatomicznym (stolce chorych, treść jelita po sekcyi i ściany jelit). Oprócz tych przypadków (60) miał prelegent sposobność zbadania dwóch przypadków t. zw. sporadycznéj dysenteryi i dziesięciu przypadków, w których choroba ta była tylko powikłaniem innych chorób zakaźnych. Rozchodziło się o wyjaśnienie następujących pytań:

1) Jakie prątki rozwijają się w części dysenterycznéj jelita?

2) Czy niektóre z nich są stałém zjawiskiem i które?

3) Czy niektóre znajdują się stale w skrawkach jelita dysenterycznego?

4) Czy można za pomocą stolca dysenterycznego przenieść tę chorobę na zwierzęta?

5) Która z postaci najwięcéj stałych wywołuje u zwierząt sprawę podobną?

6) Czy są jakie anatomiczne różnice między różnemi postaciami czerwonki?

W stolcach dysenterycznych znaleziono następujące formy mikroorganizmów (znane z prac Eschericha i Flüggego): 1) *bacillus coli communis*, 2) *bac. lactis aërogenes*, 3) *bac. subtilis*, 4) *staphylokokkus albus liquefaciens*, 5) *staphylokokkus pyogenes aureus*, 6) *staphylokokkus cereus albus*, 7) *staphylokokkus cereus flavus*, 8) *staphylokokkus cereus ruber*, 9) *staphylokokkus magnus liquefaciens*, 10) *streptokokkus gracilis liquefaciens*, 11) *proteus vulgaris* (Hauser), 12) *proteus mirabilis* (Hauser), 13) *saccharomyces albus*, 14) *saccharomyces roseus*, 15) *bacillus fluorescens liquefaciens*, 16) *bacillus fluorescens non liquefaciens*.

Te twory były najczęstsze a nadto znaleziono niekiedy mukory, aspergile i kilka dobrze charakteryzowanych bakteryj *(bacillus ovatus fuscus, bacillus spiryloides, bacillus anthracoides, bacillus coli valde crassus, bacillus villosus, bacillus tenuis non liquefaciens)*. Sąto same bakteryje, które i w innych biegunkach a częściowo w stolcach prawidłowych się znajdują.

Ze wszystkich skrawków robiono skrawki z jelit, barwiono podług metody Grama, prostym sposobem przez dłużéj trwające barwienie barwami alkalicznemi z następującém odbarwieniem w alkoholu lub wodzie zakwaszonéj i podług metody Cornila-Alvareza. W większéj czści przypadków znaleziono na powierzchni błony śluzowéj koki i grube bacile, podczas gdy wśród miejsc nekrotycznych znajdowały się cieńsze bacile, niekiedy diplobacile, bacile ze sporami na obu końcach a niekiedy streptokoki. Stale się znajdującego mikrobu nie znaleziono.

Co do części eksperymentalnéj, to autor wstrzykiwał najczęściéj świeże stolce lub też zeskrobaną miazgę nekrotyczną z powierzchni jelita i to albo *per rectum* albo po laparotomii do dwunastnicy. Z 17 psów nastąpiła tylko u dwóch w 4 dni po injekcyi biegunka, w 8 dni jednak zupełnie ustała. U czterech kotów z 6ciu przypadków już na drugi dzień wystąpiła biegunka, która wkrótce stała się krwawą a w stolcach znaleziono strzępki nekrotyczne błony śluzowéj. W dwóch przypadkach sekcyja wykazała owrzodzenia błony śluzowéj, obrzmiałéj i zaczerwienionéj. Rezultat injekcyj u ośmiu królików, dwóch kur, dwóch skrzeczków, dwóch morskich świnek był ujemny.

Doświadczenia, wykonane z wszystkiemi formami bakteryj, miały też wynik ujemny, liczba ich wynosiła 70. Jeżeli wstrzyknięto przez dwunastnicę mnóstwo mikroorganizmów, znaleziono u niektórych morskich świnek i królików zmiany odpowiadające zap. nieżytowemu. Nigdy nie zauważono zmian odpowiadających czerwonce.

Na zasadzie swych doświadczeń przyszedł prelegent do następujących wniosków:

1) Prątki nie są przyczyną bezpośrednią sprawy dysenterycznéj, bo nie można wywołać jéj u zwierząt żadną formą mikroorganizmów, jakie się znajdują w czerwonce.

2) Stolce dysenteryczne wywołują tę chorobę u kotów.

3) Nie zdają się też istnieć żadne jakościowe różnice anatomiczne w dysenteryi endemicznéj i sporadycznéj.

W skutek tego zwrócił autor uwagę na ameby, i w dwóch przypadkach znalazł je w wielkiéj ilości Ameby te są różnéj wielkości podługowate lub owalne (długość 0·012μ.— do 0·036μ., szerokość od 0·011μ. do 0·018μ.). Na amebach można rozpoznać pierwoszcze ziarniste, a więcéj jednorodne na obwodzie. Pierwoszcze jest barwy szaro-zielonawéj a w nim liczne jameczki. Ruchy następują tym sposobem, że najpierw wysuwa się część jednorodna a za nią dopiero porusza się część ziarnista. Ruchy ameb w wodzie pod szkiełkiem nakrywkowém trwają około 10 godzin, ku końcowi stają się coraz powolniejszemi, ameba staje się więcéj okrągłą, aż wreszcie, gdy wszystkie ruchy ustały, przedstawia się ona jak komórka, która od innych z treści jelita (leukocytów i przybłonków) różni się przecież swym połyskiem zielonawym i swém pierwoszczem ziarnistém, zakrywającém jądro. Jeżeli preparat powoli wyschnie, to ameby znów są okrągłe, mają wyraźną otoczkę, ziarniste pierwoszcze i jameczki. Dzielenia się ameb dotąd autor nie spostrzegł. W stolcach znajdują się ameby najczęściéj w stanie spoczynku.

Te dwa przypadki z amebami skłoniły autora do szukania tych organizmów i w innych swoich przypadkach. W 65 stolcach z wyżéj podanych przypadków skonstatował autor znaczną ilość ameb, daléj znalazł je w skrawkach z jelita w 20 przypadkach, tak na powierzchni błony śluzowéj, jak w tkance jéj podśluzowéj. Jamkami i oddziaływaniem na barwy różnią się ameby od komórek tucznych Ehrlicha.

Ameby są zatém stałym objawem w czerwonce. Najczęściéj znajdujemy je w stanie spoczynku, w świeżych zaś stolcach można na nich w każdym razie skonstatować ruchy; a zatém byłyby one prawdopodobną przyczyną nie tylko czerwonki endemicznéj ale i sporadycznéj. Jeżeli autorowi uda się za pomocą injekcyj ameb (obecnie tém się zajmuje) wywołać u zwierząt czerwonkę, przypuszczenie jego stałoby się pewnikiem. *Dr. Andrzej Obrzut.*

Medycyna wewnętrzna.

Dr. G. Stricker: O leczeniu bielicy.

W roku 1883 ogłosił Kirnberger *(Deutsch. med. Wochenschrift* Nr. 41) przypadek bielicy wyleczonéj za pomocą wziewań tlenu. Byłto pierwszy zarazem przypadek podobnego leczenia i wyleczenia z ciężkiéj formy bielicy. Zachęcony tym skutkiem S. przedsięwziął szereg doświadczeń w klinice prof. Riegla i przekonał się również o dodatniém działaniu tlenu na przebieg bielicy. Chory wziewał dziennie po 30 litrów tlenu w 2 porcyjach i już po tygodniu zauważono znaczne polepszenie ogólne, przybytek ciężaru

ciała i znaczne powiększenie ilości ciałek czerwonych krwi, a zmniejszenie białych. Powoli powiększając ilość wziewanego tlenu doszedł chory do 60 litrów na dzień i odpowiednio do tego stan jego wyraźnie się polepszał. W skutek zepsucia aparatu musiano zaniechać wziewań przez dni 8. Już po tych 8 dniach skład krwi zmienił się na niekorzyść chorego. W kilka dni potém, nie będąc jeszcze zupełnie wyleczonym, chory czując się zupełnie dobrze opuścił klinikę i wrócił do niéj w 3 tygodnie, kiedy się stan pogorszył. Dalsze leczenie wziewaniami tlenu nie miało już pożądanego skutku, stan chorego z dniem każdym się pogarszał i po 4-miesięcznym pobycie w klinice umarł. Jakkolwiek więc ostateczny wynik był niepomyślny, z całego jednak przebiegu można wnosić, że wziewania tlenu w bielicy poprawiają stan chorego i możliwość wyleczenia wcale nie jest wykluczona, lecz w niezastarzałych przypadkach, tylko świeżych. W każdym razie te dwa przypadki mogą być zachętą do dalszych doświadczeń, tém bardziéj, że przeciwskazania nie ma. (*Münch. med. Wochenschrift* 1886, Nr. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Dr. Přibram: **Leczenie duru wysypkowego antipyryną.** Prof. P. próbował stósować w durze wysypkowym antipyrynę dając 1—2 grm. na dawkę, i otrzymywał zwykle obniżenie ciepłoty, nieraz nawet zapady, ale szczególnego wpływu na sam przebieg duru nie zauważył. Mając znaczny materyjał obserwacyjny mógł P. chorych na dur wysypkowy poddawać kuracyi albo antipyryną albo leczeniu zimnemi kąpielami lub téż stósować metodę wyczekującą. Z licznych tych obserwacyj P. przychodzi do wniosku, że wielkiéj różnicy w przebiegu duru wysypkowego u chorych leczonych czy to antipyryną czy téż kw. karbolowym lub wyczekująco nie ma, a co do antipyryny zauważył, że ona przebiegu nie skraca, lecz raczéj go przedłuża, powroty choroby są częstsze, a nieraz zdarzają się obfite krwotoki z kiszek, nosa lub oskrzeli. Za to gorąco przemawia za stósowaniem zimnych kąpieli u chorych, którzy nie mają zapalenia płuc, nerek lub łatwo podlegają zapadom, a których ciepłota przewyższa 39°. W takich razach należy podawać kąpiel na 23° przez ciąg 10—15 minut, jeżeli dreszcze lub zapad nie zmuszą do skrócenia kąpieli. Przy takiém leczeniu ciepłota zwykle opadała o $1^{\circ}—{}^{1}/_{2}{}^{\circ}$, a choć się późniéj podniosła, to jednak do dawniejszéj wysokości nie dochodziła, ogólny stan chorego był znacznie lepszym, majaczenia ustawały, siły się wzmagały, język stawał się wilgotniejszym, apetyt się poprawiał. Czas trwania choroby średnio był krótszy, powroty choroby i krwotoki rzadsze a z innych przypadłości zauważyć można było raz tylko silny zapad, dwa razy silne dreszcze, a raz zapalenie płuc bezpośrednio po kąpieli rozwijające się. Tylko w praktyce prywatnéj, gdzie nie można przeprowadzić systematycznych kąpieli, tam należy stósować środki przeciwgorączkowe. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1886, Nr. 52). *Dr. J. Surzycki.*

Bergeon: **Lewatywy gazowe.** W suchotach płucnych stósował B. lewatywy gazowe do odbytnicy, używając do tego 45 litrów kw. węglowego przepuszczonego przez 250 grm. wody zawierającéj siarkę. Już po kilku dniach stósowanie lewatyw 2 razy dziennie sprowadziło zmniejszenie się kaszlu i potów siły chorego wzmagały się, oddychanie było lżejsze, gorączka mniejsza i ogólny stan chorego lepszy. Tą metodą leczył też B. owrzodzenia w krtani i sprawy zapalne w krtani i gardzielu, otrzymując przytém dobry skutek. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj 2 listopada r. z. przedstawił właśnie chorą wyleczoną w przeciągu 3 tygodni z wrzodów gruźliczych w krtani. (*Wien. med. Blätter* 1887, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Dr. L. Gutsch. **O możności rozszerzenia granic osteoplastycznéj resekcyi stopy według Mikulicza.** (Wykład na XV Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie).

W 1885 roku wykonał autor u 12-letniego chłopca z powodu gruźlicy stopy najpierw resekcyję stawu skokowego. Gojenie się rany było z początku zupełnie prawidłowe, przy 5ym jednak opatrunku ziarnina powierzchowna przybrała charakter gruźliczy, a przy wyskrobaniu przekonano się, że naciek gruźliczy i całą jamę po resekcyi zajmował i wzdłuż pochewek ścięgnistych ciągnął się znacznie ku górze. W obec tego nie było innéj rady, jak amputować podudzie. Autor postanowił jednak wykonać w znaczniejszych granicach osteoplastyczną resekcyję Mikulicza. Cięcie w kościach stopy wypadło tuż po za stawem Lisfranca, górne zaś 7 cm. powyżej kostek, mostek skórny był tylko 3 cm. szeroki a 9 cm. długi, po zeszyciu zaś rany fałd powstały w skutek tego wystawał na 3 do 4 cm. Po 7 tygodniach kości się zrosły, po 3 miesiącach chory zaczął chodzić o kuli, w 6 miesięcy zaś późniéj chory chodzi w odpowiednim trzewiku zupełnie bez żadnéj podpory. Odnoga operowana skrócona była o 5 cm., z których dwa wyrównały się obniżeniem miednicy, trzy zaś wyższą podeszwą u trzewika. Autor w obec skrócenia odnogi musiał naturalnie przeciwnie postąpić jak Mikulicz — u Mikulicza odnoga operowana jest równą lub za długą, odnoga więc zdrowa dostaje wyższą podeszwę; w przypadku autora zaś odnoga operowana była krótszą, ją więc trzeba było zapomocą podeszwy przedłużyć.

Że kikut choćby względnie tylko dobrze funkcyjonujący jest lepszy od najlepszéj protezy, o tém wątpić nie można; dla tego autor poleca opierając się na swym przypadku operacyję Mikulicza nawet w rozleglejszych zniszczeniach stopy, w których przecież i tak amputacyję można wykonać w razie nieudania się resekcyi.

Z 18 dotychczas operowanych przypadków według Mikulicza u 13 zdolność używania odnogi jest wyśmienitą, z 5 pozostałych u 3 amputowano podudzie z powodu recydywy, 2 zaś chorych umarło w 8 względnie 10 miesięcy z powodu gruźlicy płuc. Wynik znakomity. W obec zaś tego, że operacyję tę można także, jak przypadek autora poucza, w rozleglejszych granicach wykonywać, przyszłość jéj jest wielką, w swych skutkach stanowczo większą aniżeli w operacyi Pirogowa. (*Verhandlungen der deut. Gesell. f. Chirurgie*). *Dr. Sondermayer.*

Raswell Park (Buffalo). **Tłuszczak jądra czyli raczéj znaczne nagromadzenie tłuszczu w Tunica vaginalis (communis?).**

Tłuszczaki sznurka nasiennego są dosyć rzadkiemi przypadkami, ale tłuszczaki jądra należą do niesłychanych rzadkości. P. miał sposobność obserwowania przypadku, do ostatniéj kategoryi należącego. U 40-letniego mężczyzny przed 18 miesiącami powstał obrzęk prawego jądra, który wzrósłszy do wielkości orzecha kokosowego ciężarem swoim i wielkością mocno dokuczał choremu. Worek mosznowy był wypełniony masą wypierającą jądro lewe w małą przestrzeń ku górze, guz zaś był stały, jednak miękki; w górnéj jego części można było wymacać jądro bolesne przy ucisku; skóra nad powierzchnią guza była przesuwalną; punkcyja wyko-

nana z powodu pozornego chełbotania w głębi nie wykazała płynu. Po nacięciu guza natrafiono pod osłoną pochwową na znaczną ilość tłuszczu tkanką łączną połączonego z jądrem; do téj tkanki łącznéj wchodziły naczynia i z jądra i ze sznurka, który przebiegał na 2 cale w obrzęku, zanim zdążył do jądra. Przepukliny pachwinowéj wykazać nie było można. Wykonano kastracyję, a masa wycięta ważyła 3 funty (amerykańskie. *Przyp. sprawozd.*). Co do punktu wyjścia guza, to naczynia dochodzące do guza od sznurka przemawiały za powstaniem jego ztamtąd, naczynia zaś od jądra przebiegające do guza świadczyłyby, że rósł od jądra; punkt wyjścia pozostanie więc rzeczą nierozstrzygniętą i nie da się wykluczyć powstanie ze sznurka nasiennego. P. po skrzętnych poszukiwaniach mógł znaleźć jeszcze 3 podobne przypadki opisane. (*Annals of Surgery*, Vol. III, Nr. 5, pag. 365).

Dr. Bargcz.

Dr. Baštýř: **Czy t. zw. brodawka resorpcyjna (Resorptionsorgan) może szkodzić zębom stałym?**

W rozprawie téj umieszczonéj w *Oest. Ung. Vierteljahresschr. für Zahnheilkunde* zastanawia się Dr. B. nad możliwością podanego przez Dra Nessela twierdzenia, iż tkanka ziarnista, brodawkowata, pośrednicząca w zaniku korzeni zębów mlecznych przyczynia się także — przez rozpuszczenie soli wapniowych, — do nadżarcia zębów stałych, w sąsiedztwie których się znajduje. Najlepszy tego przykład podaje N. na zębach policzkowym pierwszym i trzonowym pierwszym, między które wklinowany jest drugi ząb trzonowy mleczny, wraz ze swą brodawką resorpcyjną: powyższe zęby stałe mają, zdaniem N., najczęściéj podlegać próchnicy. B. nie zgadza się z tém twierdzeniem, albowiem dotychczas nigdy nie zauważył bezpośredniego stykania się téjże brodawki z powierzchnią zęba stałego, daléj podnosi, iż według ścisłych obliczeń próchnica zajmuje daleko częściéj pow. żucia pierwszego z. trzonowego, jak jego pow. dośrodkową, skierowaną ku brodawce, wreszcie wykazuje, iż pod względem częstości próchnicy nie można na równi kłaść pierwszego z. policzkowego z pierwszym trzonowym, gdyż tamten, jak wykazali Linderer, Parreidt, Magitot i inni, daleko rzadziéj tę chorobę okazuje. — Ostatecznie przypuszcza B., iż jest możliwym szkodliwy wpływ brodawki na zęby stałe, okoliczności téj jednak ani B. ani żaden inny autor dotychczas nie stwierdził.

Dr. Szymkiewicz.

Okulistyka.

Dr. Bol. Wicherkiewicz: **Przyczynek do oftalmoterapii.**

Kwas garbnikowy w połączeniu z kwasem borowym w stosunku 1:3 okazał się autorowi dzielnym środkiem w przypadkach cierpień spojówki z następowém zajęciem rogówki, gdzie tak często zawodzą środki ściągające i drażniące. Lek miałko sproszkowany stosuje się raz do 2 razy dziennie na odwinięte powieki, poczém pod lekkim uciskiem palców na powieki środek działający rozprzestrzenia się jednostajnie na schorzałą powierzchnię.

Wskazania do tego sposobu dają na podstawie 1-rocznego doświadczenia autora następujące cierpienia z kolei co do dzielności działania:

1) Granulacyje z treścią rozmiękłą, mazistą, obok zgrubienia chrząstki w okolicy załamka. Tu zastosowanie środka poprzedza wygniecenie treści ziarn pomiędzy paznogciami dużych palców, poczém po spłukaniu rozmiękłéj masy i skrzepów krwi osusza się płatkiem płótna powierzchnię spojówki, a następnie za pomocą pędzla lub rozpylania zasypuje się w mowie będący proszek. Postępowanie to powtarza się 1—4 tygodni, a skutek jest tak wybitny, że po upływie tego czasu trudno wykazać ślad jaglicy.

2) Jaglica ciężka powikłana z śluzotokiem; nie mniéj skuteczne działanie leku należy tu po usunięciu śluzotoku wesprzeć środkami przyżegającemi (*Cupr. sulf.*, *arg. nitr.*), doświadczenie bowiem nauczyło autora, że naprzemienne stosowanie tych środków daje najlepsze wyniki tak co do sprawy pierwotnéj, jak i powikłań rogówkowych.

3) Jaglica w formie licznych ziarn twardych powikłana z grubą łuszczką w postaci wału okalającego rogówkę daje wskazanie przedewszystkiém do galwanokaustyki, podczas gdy bortanina oddaje w następowém leczeniu znakomite usługi.

4) Śluzotok przewlekły.

5) Zapalenia pryszczykowe rogówki i spojówki, zwłaszcza na tle zołzów. Środek ten nieocenionym okazał się autorowi w przypadkach, gdzie chorzy nie znosili maści Pagenstechera, a kalomel z powodu równoczesnego używania jodku potasu był przeciwwskazany. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*)

Dr. Sroczyński.

Dr. R. Hilbert: **Przyczynek do nauki o erytropsyi.**

Zagadkowe dotąd zjawisko erytropsyi nie doczekało się jeszcze mimo dość już poważnéj literatury tego przedmiotu zadowalającego rozwiązania. Każdy więc świeżo ogłoszony przypadek jest ważnym dla nauki nabytkiem, zwłaszcza jeżeli zbadany był wszechstronnie bez kierowania się z góry sympatyją dla téj lub owéj teoryi.

Takim, co prawda, przypadek Dra Hilberta nie był. Autor jest wyznawcą teoryi ośrodkowego (mózgowego) pochodzenia erytropsyi, a uprzedzony tak już z góry uwzględnił w badaniu te tylko dane, które mogły być wyzyskane dla téj właśnie teoryi.

Przypadek Hilberta dotyczył pewnego stolarza operowanego na jedném oku z powodu zaćmy w r. 1885 i wypuszczonego w 14 dni z okularami po ekstrakcyi. W jedenaście miesięcy potém zgłasza się chory do autora, podając, że przez rok blisko cieszył się dobrym wzrokiem bez doznawania bólu lub innych jakichś nieprzyjemnych uczuć, aż 14 września po gwałtowném uniesieniu, co sam zaznacza, cały świat otaczający ukazał mu się w barwie błyszcząco-czerwonéj. Stan ten trwał blisko 2 godziny, poczém zwolna ustąpił miejsca naturalnemu zabarwieniu przedmiotów. W dwa dni późniéj, po ponowném wzburzeniu, zjawisko powtórzyło się znowu. Uspokojony przez autora w swoim przestrachu chory nie dał już późniéj autorowi o sobie wiadomości.

Badanie wykazało zaćmę poczynającą prawego oka, na lewém wielkie *coloboma* ku górze, drganie tęczówki, w obrębie dość zresztą czystéj źrenicy tu i owdzie leciuchne pajęczynowate zamglenia. $V = {}^{6}/_{12}$ Hp. 12 D.; z pomocą + 16 D. czyta J. 3.

Na podstawie tak pobieżnego badania (o stanie dna oka nie ma żadnéj wzmianki) wyklucza autor możliwość przyczyn tkwiących w oku samém, a sądząc z jednego przypadku uważa za jedyną przyczynę wszystkich przypadków erytropsyi zboczenia w ośrodkach nerwowych. Jakkolwiek chory zgłosił się już po napadzie erytropsyi, żałować przecież wypada, że H. nie zbadał wcale poczucia barw ani pola widzenia dla tychże, a tém samém nie uwzględnił innych teoryj, jak np. teoryi kontrastu barw. Przypadek więc Hilberta traci wiele na wartości naukowéj, choć, co przyznać należy, owo bezpośrednie następstwo erytropsyi po wzruszeniu umysłowém przemawia wiele za wpływem mózgowym;

nie dowodzi go jednak wcale, bo nie zawsze stosunek następstwa jest stosunkiem przyczyny, a w szczególności wzruszenia umysłowe są tak częste, że doszukanie się ich w żadnym przypadku nie byłoby trudném. — Że zaś wpływów tkwiących w samém oku nie można lekko pominąć, dowodzi fakt: 1) że spostrzegano przypadki erytropsyi po zwykłéj midryazie atropinowéj, 2) że erytropsyja w znacznéj większości znanych przypadków występowała w oczach pozbawionych przez ekstrakcyję soczewki. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*) *Dr. Sroczyński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 26.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Szczególną jest rzeczą, że uczucie palenia w żołądku nie okazało się zależne od jakości soku żołądkowego, gdyż na 31 przypadków z uczuciem palenia było przeszło połowa (19) z nadmiarowém wydzielaniem, ale równocześnie 4 ze zupełnym brakiem kw. solnego i ze zniesioném trawieniem.

Natomiast uczucie gryzienia podawane przez 10 chorych jako robak żołądka zdarzało się zawsze przy nadmiarowém wydzielaniu kw. solnego z upośledzeniem mechanizmu. Zebrawszy więc wszystkie powyższe daty widzimy niestety, że tylko bardzo mało wskazówek zewnętrznych dla lekarza pozostaje, z którychby mógł wnosić o stanie wewnętrznym żołądka. Wykluczywszy nowotwór i wrzód żołądka, można się trzymać w przeważnéj części przypadków następujących wskazówek:

1. Dobre odżywienie chorego żołądkowego przemawia za lokalizacyją cierpienia na sam żołądek, złe zaś, wykluczając komplikacyje chorobowe w innych narządach, może wskazywać współcierpienie jelita, a szczególniéj cienkiego.

2. Przy wysokich jednak stopniach niedokrewności, a nawet charłactwa, można się także spodziewać u chorych młodszych podniecenia chemizmu trawienia, mianowicie nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego, chociażby i w jelitach nie było zboczeń chorobowych.

3. Wymioty u chorych żołądkowych zdarzają się przy możności wydzielania trawiącego a najczęściéj nadmiarowego kwaśnego soku żołądkowego. Tylko u starych pijaków dostrzegałem, że wymioty występują także i w obec niewydzielania się kw. solnego.

4. Przy silnych bólach w dołku podsercowym podczas ucisku nie należy przypuszczać braku kw. solnego.

5. Wysokie stopnie nerwowości u chorych żołądkowych wskazują bardzo często wysokie stopnie kwasoty w żołądku.

6. Nieugaszone pragnienie wskazuje prawie zawsze nadmiarowe wydzielanie z nadmierną kwasotą soku żołądkowego, w połączeniu z niedomogą mechaniczną.

7. Żarłoczność czyli fałszywy apetyt zdarza się prawie zawsze u chorych z nadmiarowém wydzielaniem kw. solnego połączonego z rozstrzenią żołądka.

8. Kwaśne odbijanie wydarza się w obec kwaśnéj treści w żołądku.

9. Uczucie gryzienia w żołądku wskazuje nadmiernie zadrażnioną błonę śluzową żołądka przez silnie trawiący kw. żołądkowy.

10. Przypady gastryczne miernego tylko stopnia przemawiają za niedowładem wydzielniczym żołądka, a prawie nigdy za wysokim stopniem nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego.

11. U izraelitów wyjątkowo tylko jest zupełny brak kw. solnego w żołądku, a skonstatowawszy brak soku żołądkowego kwaśnego, należy raczéj przypuszczać, że będzie się miało do czynienia z rakiem żołądka, aniżeli ze zwykłym niedowładem wydzielniczym.

12. Pomimo wszelkich danych wskazówek i przypuszczeń pomyłki dyjagnostyczne co do właściwych zboczeń funkcyjonalnych żołądka bez wewnętrznego badania są bardzo częste.

Przystępuję obecnie do uporządkowania materyjału, według obrazów chorobowych, aby zapatrywania na zboczenia chorobowe żołądka, które do roku 1884 tylko na 33 indywiduach wspólnie z kol. Gluzińskim zbadanych były oparte, obecnie, gdy nagromadziłem obszerniejszy materyjał, lepiéj uzasadnić, po części zaś uzupełnić, a po części zmodyfikować.

Z materyjału badanego wchodzi 188 (70 izraelitów a 118 chrześcijan) chorych żołądkowych do bliższego ugrupowania.

I. W 33 (17,5%) przypadkach nie można było dostrzedz za pomocą metod używanych do badania, ani większego zboczenia w wydzielaniu, ani w czynności motorycznéj żołądka, pomimo to istniały najrozmaitszego rodzaju przypadłości gastryczne, których statystyczném wyliczaniem szanownych kolegów trudzić nie chcę, były one niekiedy tak silne, że i stosowanie podskórne morfinu musiało być użyte. Zboczenia chorobowe téj gromady, w których bliższy rozbiór dzisiaj się nie wdaję, uważałbym jako polegające na tle nerwowém. Pozwoliłbym sobie przytém zrobić uwagę, że tak, jak byłoby jednostronném brać wszystkich chorych żołądkowych jako cierpiących na podstawie zmian anatomicznych narządu, tak samo nieuzasadnioném byłoby uważać wszystkich chorych żołądkowych z przypadłościami nerwowemi jako mających tło cierpienia nerwowe. Jeżeli bowiem uczy doświadczenie, że gdzieś odległe mało znaczące zmiany, jak nadżerki części pochwowéj macicy, obce ciała w odbytnicy itd. mogą wywoływać drogą odruchową objawy gastryczne i ogólne nerwowe, to również może być możliwém, że i dające się wykazać zboczenia w samym żołądku, chociażby i niewielkie, a podtrzymywane ciągłém drażnieniem żołądka przez pokarmy, mogą wywołać przypady gastryczne i ogólno nerwowe, podobnie jak te odległe zboczenia niemające bezpośredniego związku z narządem chorobowo zajętym. Rzeczą np. wiadomą jest, że wcale niewinne pokarmy, chleb, mleko itp. u pewnych osób wywołują nietylko przypady gastryczne, lecz i odległe nerwowe, np. ból głowy. Na mojéj statystyce opierając się twierdzę, że według dzisiejszego stanowiska dyjagnostyki mogłem znaleźć 17·5% przypadków z podstawą przypuszczalnie nerwową. Przypadki te dotyczyły inteligentniejszych i ruchliwszych osób. I tak na 33 indywiduów było 16 (23%) izraelitów, a 17 (9,5%) chrześcijan. Jednak i u tych 33 chorych mogłem spostrzedz pewne zboczenia funkcyjonalne, mianowicie, że u 10 z tych na szczycie trawienia wydzielanie kwasu solnego było nadzwyczaj znaczne, o jakiém u następnéj gromady chorych wspomnę. Mieliśmy więc tutaj nadmiernie kwaśny sok żołądkowy podczas trawienia będący najprawdopodobniéj powodem bólów po spożyciu pokarmów, któryto stan można nazwać *hyperaciditas digestiva.*

II. Druga gromada jest najliczniejszą, obejmuje 67 (36%) przypadków, przedstawiających następujące zboczenia od prawidłowego zachowania się. Ze żołądka czczego niczego lub tylko kilka cm.sz. treści bezbarwnéj wydobyć nie można, to też należy dla zbadania jéj wlać 100cm.sz. wody przekroplonéj. Treść ta zwykle bezbarwna zawiera HCl w ilości wystarczającéj do trawienia. Przebieg i natężenie wydzielania się kw. żołądkowego podczas trawienia są odmienne jak w stanie prawidłowym. Kwasota podczas trawienia podnosi się szybko i na szczycie kilka razy przewyższa kwasotę czczego żołądka, dosięga nawet 40; następnie w miarę kończenia się trawienia nie szybko ale powoli opada kwasota, i to nie do zera, tylko do pewnego dość jeszcze znacznego stopnia i na nim się utrzymuje. W treści żołądka mierna ilość jąder ziarnistych. Mechanizm żołądka jest zwykle, ale nie wiele upośledzony. Mamy więc jako najcharakterystyczniejszy objaw: ciągłe wydzielanie kw. żołądkowego o nadmiernéj kwasocie pochodzącéj od HCl tak w czasie trawienia, jakoteż i bez tegoż, jednakowoż bez nadmiernego wydzielania płynu. Stan ten chorobowy wskazuje ciągłe trwające podrażnienie narządu gruczołowego i może być nazwanym *secretio hyperacida continua simplex.* Objawy podmiotowe nie przedstawiają tu jednostajności

i wyliczaniem ich nie chcę nużyć. Zauważyć tylko muszę, że przeważna część chorych (45) była nerwowo-gastrycznych; dla tego na pozór przedstawiały się te przypadki na tle nerwowém, a największą ilość chorych 46% (32 przyp.) dostarczyli tu izraelici, a tylko 29% (35 przyp.) chrześcijanie.

III. Trzecia gromada obejmująca 47 (25%) chorych, odznaczała się daleko wybitniejszemi objawami tak podmiotowemi, jakotéż przedmiotowemi. W żołądku czczym znaczniejsza ilość płynu przeszło 20cm.sz. zwykle bez dolania wody daje się aspirować; płyn ten zwykle mętnawy lub opalizujący, zawiera bardzo często żółć zmienioną lub strzępy śluzowe zielonkowato-żółte, przesącz zaś bezbarwny; kwasota treści bardzo znaczna od kw. solnego, sok energicznie trawiący, daje bez obecności pokarmów w żołądku oddziaływanie na peptony; pod mikroskopem liczne jądra ziarniste. Mechanizm w wysokim stopniu upośledzony (białko pozostaje niekiedy przez 3 godzin w żołądku), a nawet z powodu rozstrzeni żołądka samoistnéj w 12 przypadkach pokarmy pozostawały do dnia następnego. Przebieg wydzielania soku żołądkowego podczas trawienia jest tu charakterystyczny: kwasota soku żołądkowego już i tak wysoka powoli się tu wzmaga, a na szczycie swym nie dochodzi nawet często do 2 razy wyższego stopnia, niż w żołądku czczym, poczém nieznacznie opada i stale utrzymuje się na znacznéj wysokości. Okazuje się ztąd, że narząd wydzielniczy jest tu do najwyższego stopnia podrażniony, tak że bodźce podniecające, mało tylko już oddziaływają na niego. Wydzielanie odbywa się ze znaczną ilością płynu kwaśnego. Mamy tu więc stan, który możemy scharakteryzować nazwą *Hypersecretio hyperacida continua v. catarrhus acidus*. Należy tu bowiem przypuścić, w obec długiego trwania cierpienia, wytworzenia się rozstrzeni i znacznego niedowładu mechanicznego, zmiany anatomiczne w narządzie. Objawy podmiotowe były tu bardzo różne; w tym kierunku warto nadmienić, że u 10 indywiduów z największą kwasotą było pragnienie nie do wytrzymania, którego zaspokojenie uspakajało także i przypady gastryczne. U 6 zaś chorych, którzy okazali się żarłocznemi wprowadzanie pokarmów do żołądka stale dolegliwości powiększało. Przeważna część (28) chorych uskarżała się na przypady tylko żołądkowe. Tak izraelici 25·7% jak i chrześcijanie (27%) byli tu prawie w równym stosunku zastąpieni.

IV. Czwarta gromada z 28 (15%) chorych złożona, przedstawiała następujące objawy. W czczym żołądku zaledwie kilka cm.sz. treści opalizującéj, ze strzępami śluzowemi białemi. Przesącz opalizujący, oddziaływanie przeważnie obojętne, gdyż tylko w 7 przypadkach było ono minimalnie kwaśne. Pod mikroskopem wyjątkowo tylko jądra połyskujące ziarniste. Trawienie sztuczne nawet po dodaniu HCl zwolnione. Przez zadrażnienie żołądka metodami używanemi otrzymuje się sok kwaśny, lecz kwasota nie jest dostateczna do dokładnéj peptonizacyi. Mechanizm tylko przy obecności rozstrzeni (6 przyp.) jest znacznie upośledzony. Mamy tu więc do czynienia z niedomogą wydzielniczą, któryto stan nazywa się: *Insufficientia secretionis acidae*. Objawy podmiotowe gastryczne w ogólności były tu o wiele mniejsze, niż w poprzedzających przypadkach. Stan przedstawiał się jako łagodny. Ani wybitnego pragnienia, ani żarłoczności tu nie zauważono; przeciwnie u 8u indywiduów łaknienie było zupełnie zniesione. Mimo to chorzy dobrze wyglądali, tak że u 8 stan ich zdrowia było można nazwać kwitnącym. Tu dostarczyła największéj ilości przypadków 19% (22) ludność chrześcijańska, izraelicka zaś tylko 8·5% (6).

V. Piąta i ostatnia najmniéj liczna gromada chorych, bo tylko 12 (6·3%), przedstawiała zupełny brak kw. solnego. Z żołądka czczego tylko za wlaniem 100cm.sz. wody można wyciągnąć treść silnie opalizującą lub białawo-mętnawą, śluzową z strzępami śluzowemi, bardzo trudno sączącą się. W przeważnéj części (9) przypadków ciecz ta nawet po zakwaszeniu kwasem solnym nie trawi. Również i podczas aktu trawienia oddziaływanie treści nigdy nie jest kwaśne, lecz treść kw. solnym zakwaszona zwykle (10 przyp.) jeszcze słabo trawi. Pod mikroskopem zupełny brak jąder ziarnistych. Mechanizm okazał się tu również opóźniony, chociaż ani razu objawów rozstrzeni żołądka nie dostrzeżono. Mamy tu więc do czynienia z niedowładem mechanicznym i zupełném zniesieniem chemizmu trawienia, któryto stan można uważać jako polegający na zmianach anatomicznych w błonie śluzowéj żołądka i nazwać *secretio mucosa catarrhalis v. catarrhus mucosus*. Pomimo tak głębokich zmian przypady gastryczne były nieporównanie mniejsze niż w nieżycie kwaśnym, gdyż przeszło u połowy (8) chorych był nawet względnie dobry apetyt. Nadto oprócz jednego wszyscy chorzy dobrze wyglądali. Przeszło połowa u (7) chorych nadużywała napojów wyskokowych, a ani jeden chory w téj gromadzie nie był izraelitą.

Na podstawie powyższych wyników, jakotéż kilku przypadków, w których co kilka miesięcy mogłem badać wewnętrznie zmiany funkcyjonalne żołądka, wypada mi powiedzieć, że powyższe obrazy chorobowe kliniczne po wykluczeniu przypadków mających tło czysto nerwowe, stanowią tylko różne okresy *(stadia)* choroby mającéj za podstawę błonę śluzową żołądka a przebiegającéj kolejno w następujący sposób.

W skutek pewnego momentu etyjologicznego, np. częstego a nadmiarowego używania napojów wyskokowych, występuje większa drażliwość *(vulnerabilitas)* narządu wydzielniczego, w skutek którego już zwyczajne bodźce, jakiemi są pokarmy sprawiają w czasie trawienia za silne wydzielanie kw. żołądkowego przez co powstaje obraz chorobowy wyżéj opisany jako *hyperaciditas digestiva*.

W dalszém działaniu szkodliwości wywięzuje się stan samowolnego podrażnienia narządu wydzielniczego, trwały i ciągły. Żołądek poczyna i bez zadziałania bodźców, jakimi są pokarmy wydzielać sok kwaśny od kw. solnego, który napotykamy przeto i w żołądku czczym; powstaje opisany obraz chorobowy *secretio hyperacida continua simplex*.

Ten stan wzmaga się coraz bardziéj do tego stopnia, że już nie ma prawie różnicy w wydzielaniu samowolném, a w skutek zadrażnienia przy trawieniu. W skutek czego sok żołądkowy już w znacznéj ilości i w czczym żołądku się nagromadza, co jest powodem dostawania się żółci do żołądka i licznego występowania ciałek wypocinowych z błony śluzowéj żołądka. Stan zaś chorobowy zajmujący już prawdopodobnie błonę mięsną zaznacza się niedowładem mechanicznym a często rozstrzenią żołądka. Mamy więc wyżéj opisany obraz chorobowy jako *catarrhus acidus v. Hypersecretio hyperacida continua*.

Chorobowo do najwyższego stopnia podniecona czynność błony śluzowéj z czasem słabnie i wygórowany chemizm trawienia maleje, dzielność wydzielonego kw. żołądkowego co raz to mniejsza, podczas gdy mechanizm nieco, ale nie zupełnie się poprawia, t. j. o tyle, że pokarmy z żółcią napowrót, z dwunastnicy do żołądka nie powracają, jak to miało miejsce w okresie nieżytu kwaśnego. Powstaje obraz niedowładu wydzielniczego *insufficientia secretionis*, który w pewnym okresie w obec zmniejszonych przypadów gastrycznych może uchodzić za stan wyleczony albo zupełnie prawidłowy, zwykle zaś określa się ten stan pojęciem żołądka słabego. Jednak zmiana ta chorobowa nie zatrzymuje się lecz coraz daléj postępuje, tak że ostatecznie nadchodzi ostatni okres chorobowy, w którym cały chemizm trawienia został całkowicie, a prawdopodobnie niepowrotnie, zniszczony, w obec miernie upośledzonego mechanizmu, a któryto stan nazwałem wyżéj *catarrhus mucosus*, nieżyt śluzowy. Przypady gastryczne trwają ciągle i statecznie, lecz w niskim tylko stopniu.

Jakie zmiany anatomiczne tym zboczeniom funkcyjonalnym towarzyszą, jest celem badania przyszłości. O ile w tym ważnym a ciekawym zakresie z badań anatomicznych innych i kilku spostrzeżeń moich można coś wnioskować, będę miał zaszczyt przedstawić Szanownym kolegom na jedném z następnych naszych posiedzeń.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IX w dniu 5 Grudnia 1886.

Przewodniczący: Prof. Korczyński; Obecni członkowie komisyi przemysłowéj: Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz, Obaliński; Członkowie zarządu Komisyji balneologicznéj: Sciborowski, Mars, Skorczewski i Surzycki; Członkowie komitetu wystawy krajowéj Baraniecki, Grabowski, Jordan i mag. farm. Stokmar; nadto Lutostański, Smoleński, Olszewski i Szajnocha.

I) Przewodniczący przedstawiwszy dotychczasowe usiłowania komisyi, poddaje pod dyskusyję dalsze zabiegi komisyi, które zdaniem jego zmierzać winny: 1. do wspólnego

działania wraz z Komisyją balneologiczną w celu popierania przemysłu zdrojowego krajowego 2. do założenia specyjalnego czasopisma balneologicznego, któreby zmierzało do podniesienia naszych zdrojowisk 3. do urządzenia na wystawie krajowéj osobnego pawilonu wyrobów przemysłowych, mających zastosowanie w lecznictwie 4. do założenia w Krakowie muzeum wyrobów przemysłowych w lecznictwie i w balneoterapii używanych wraz z wystawą nieustającą tych wyrobów. Zgromadzeni wnioski te uważają jako odpowiednie i upoważniają przewodniczącego do działania w celu ich urzeczywistnienia.

II) Przewodniczący donosi, że podjął rokowanie z dyrektorem Wystawy Krajowéj, co do urządzenia osobnego pawilonu wyrobów leczniczych i że uprosił Dr. A. Baranieckiego do przygotowania w tym kierunku.

Dr. A. Baraniecki w dłuższym wywodzie określa przedewszystkiem zakres przedmiotów, które mają być pomieszczone w projektowanym pawilonie lekarsko-balneologicznym. Jest on przedewszystkiem za têm, aby projektowana wystawa nie była przyrodniczo lekarską, tak jak dotychczasowe wystawy podczas Zjazdów lekarskich urządzane; lecz wystawą przemysłowo lekarską, jak to już sam zakres wystawy krajowéj określać się zdaje. Sądzi więc, że należy się ograniczyć do przedmiotów ściśle lekarskich i farmaceutycznych i tylko do pewnych grup higijenicznych, a zatrzymać z działu higijenicznego tylko to, co bezpośrednio wchodzi w zakres działania lekarza i to tylko, jeżeli ma na względzie rozwinięcie przemysłu krajowego w pewnym kierunku. Wielki dział ogólny pożywek musi być osobno uwzględniony na ogólnéj wystawie krajowéj, przyjęcie więc tego działu do pawilonu przemysłu leczniczego jest niemożebne, raz przez zetknięcie z wielu innemi obcemi nam grupami, a powtóre dla materyjalnych względów z powodu swéj obszerności. Ograniczyć się więc należy do tych przedmiotów, które bezpośrednio służą do odżywiania chorych i rekonwalescentów. Również i dział chemiczny wkracza nadzwyczajnie do działu lekarsko-farmaceutycznego, a z drugiéj strony opiera się jeszcze daleko więcéj na różnych grupach przemysłu ogólnego. Ograniczyć się więc należy i pód tym względem tylko do przedmiotów, mających bezpośrednio styczność z wykonawstwem lekarskiêm i takie tylko pomieścić w pawilonie. Z działu budowniczego również ograniczyć się wypadnie tylko do rzeczy bezpośrednio z wykonawstwem lekarskiêm się stykających. Kosmetyki o tyle tylko wchodzić mogą w dział lekarski, o ile należą one do kosmetyków hygijenicznych, o znanym i poprzednio stwierdzonym składzie chemicznym.

Ogólne te zasady jednogłośnie przyjęto, poczêm Dr. Baraniecki uzasadniał daléj szczegółowo wniosek swój, który opiewa: Dążyć należy, ażeby na przyszłéj wystawie krajowéj przedmioty, mające związek z medycyną, umieszczone były w osobnym pawilonie, nie jako osobna grupa wystawowa, lecz z zupełnêm poddaniem się pod ogólny program wystawy, tak, aby w pawilonie tym mogły być umieszczone przedmioty rozmaitych grup, o ile mają związek z medycyną, jednak z zupełnêm zachowaniem łączności z odnośnemi grupami wystawowemi, i ugrupowane nie według jakiegokolwiek systemu naukowego, tylko według poszczególnych grup przemysłowych w ogólnym programie wystawy przyjętych.

Nad wnioskiem tym toczyła się żywa wymiana zdań, a to jedynie tylko w tym kierunku, czy korzystniejszêm jest staranie się o osobny dział lekarski t. j. o ustanowienie osobnéj grupy przemysłu lekarskiego, tak np. jak grupa przemysłu górniczego i. t. p., czy têż lepiéj będzie poprzestać tylko na osobnym pawilonie, któryby gromadził w sobie rozmaite przedmioty z poszczególnych grup wystawowych o tyle tylko razem zestawione. o ile mają styczność z medycyną. Ostatecznie uchwalono wniosek Dr. Baranieckiego, jako korzystniejszy dla wystawców i uproszono go, aby wniosek ten wniósł na pełnem posiedzeniu Komitetu wystawy. W razie gdyby Komitet wystawy z tym projektem się nie zgodził, uchwalono, żądać osobnéj grupy wystawowéj, obejmującéj cały przemysł lekarski.

Następnie przedstawił Dr. Baraniecki ogólny projekt ugrupowania przedmiotów w pawilonie przemysłowo-lekarskim z zachowaniem ogólnych grup. Według projektu tego wystawa przemysłowo-lekarska miałaby następujące działy: Dział I. Narzędzia i przyrządy fizyczne, optyczne, meteorologiczne i chemiczne, o ile mają zastósowanie do celów dyjagnostycznych, leczniczych, higijenicznych i farmautycznych. Dział II. Narzędzia chirurgiczne, anatomiczne położnicze, okulistyczne, weterynarskie. Dział III. Bandaże chirurgiczne, ortopedyczne; gorsety i inne wyroby rękawicznicze, do celów lekarskich i higijenicznych służące. Dział IV. Przyrządy przewozowe (nosze, lektyki, wozy do przewożenia chorych i rannych, namioty) maszyny, przyrządy a względnie modele do wyrobów farmaceutycznych, do wyrobu wód mineralnych, do desinfekcyji, do celów higijenicznych i lekarskich służące. Przyrządy hydroterapeutyczne gimnastyczne i t. p. Dział V. Przetwory chemiczne i farmaceutyczne, kosmetyki hygijeniczne, środki desinfekcyjne. Pożywki służące do podawania chorym, jako to pieczywa lekarskie, biszkopty, pierniki z lekami, wyroby słodowe, piwo, wódki, jakotéż konserwy i wyroby cukiernicze zaprawne lekami. Dział VI. Środki do żywienia chorych i rekonwalescentów (chleb strawny i razowy, powidła, pasty, syrupy, galarety, wyciągi mięsne i warzywne, bulion w tabliczkach, mleko zgęszczone, serwatka, maślanka, kiszki grochowe, suchary wojskowe i w ogóle konserwy do żywienia mas ludzi zdrowym i tanim pokarmem z łatwością przechowującym się). Dział VII. Wody mineralne naturalne i sztuczne i przetwory zdrojowe. Urządzenia balneotechniczne i balneoterapeutyczne. Modele i okazy. Literatura zdrojowa. Statystyka. Urządzenia gospodarskie miejscowe, mające na względzie porządek i wygodę chorych. Dział VIII. Budownictwo i inżynieryja; plany, modele i rysunki: baraków, ambulansów, szpitali, budynków wchodzących w zakres gospodarstwa szpitalnego, fabryk przetworów farmaceutycznych i wszelkich innych do celów lekarskich służących, daléj plany i rysunki przewietrzania, ogrzewania i oświetlenia, urządzenia kloak, ścieków i t. p. osobliwie w szpitalach i w budynkach szpitalnych. Opisy gospodarstw szpitalnych, organizacyja, rachunkowość, kontrola, statystyka. Dział IX. Sztuki graficzne i rysunki, zastosowane do odwzorowania i przedstawienia przedmiotów naukowo i przemysłowo lekarskich, do użytku farmaceutycznego, balneologicznego i t. p. Dział X. Naukowo-lekarski. Wydawnictwa krajowe lekarskie i farmaceutyczne. Preparaty anatomiczne i patologiczne. Odlewy gipsowe, odciski i podobizny przedmiotów odnoszących się do nauk lekarskich i farmaceutycznych. Dział XI. Miscellanea t. j. przedmioty, które nie mogły wejść do żadnego z powyższych działów a mianowicie: *a)* materyjał apteczny i naczynia farmaceutyczne i chemiczne, jak słoje, butelki na leki i wody mineralne, *b)* materyjał szpitalny i sprzęty z drzewa, roboty bednarskiéj, tokarskiéj, koszykarskiéj i t. p., *c)* odzież, bielizna, i materyjał szpitalny z wełny, bawełny, jedwabiu lnu i t. p. *d)* papiery kolorowe i wyroby introligatorskie do użytku aptecznego *e)* Ogrody lekarskie handlowe. Rośliny lekarskie żywe i przechowywane (nasiona, zioła) suszarnie i t. p.

Wreszcie omawiano sprawę podkomitetu wykonawczego, osobnego katalogu, wyboru sędziów, ilości nagród współudziału w téj sprawie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i t. p. i upoważniono Przewodniczącego do dalszego działania w tych kierunkach. *Doc. Dr. Gluziński*, Sekretarz.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 16 listopada 1886 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 10.

1) Przewodniczący powitawszy członków obecnych po raz pierwszy zebranych po feryjach letnich poświęcił kilka słów wspomnienia świeżo zmarłemu śp. prof. Althowi, którego jedna z ostatnich prac naukowych była poświęconą Szczawnicy.

2) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi 15 broszur treści balneologicznéj, ofiarowanych Komisyi za pośrednictwem prof. Korczyńskiego przez Dra Baranieckiego oraz 6 broszur od siebie.

3) Dr. B. Skórczewski przedstawił Komisyi następujące dwa wnioski:

1. Ponieważ wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich w piśmiennictwie w ogóle, nie wyłączając polskiego, są skąpe i niedostateczne, ponieważ w piśmiennictwie zagranicznêm zwłaszcza z ostatnich dwóch lat prawie żadnych nie ma

wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich, ponieważ w dziełach balneologicznych, zwłaszcza niemieckich, spotyka się wiadomości o polskich zdrojowiskach po części przestarzałe, po części zaś zupełnie fałszywe, przeto czyni wniosek: Komisyja utworzy osobny Komitet, którego zadaniem będzie: szerzyć wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich w piśmiennictwie polskiém, a zwłaszcza w piśmiennictwie zagranicznêm i ku temu celowi zawiąże odpowiednie stosunki z czasopismami lekarskiemi niemieckiemi i francuskiemi.

2. Ponieważ we wrześniu 1887 r. odbędzie się wystawa przemysłowa krajowa, ponieważ przemysł zdrojowy krajowy także powinien być na niéj uwidoczniony, ponieważ zaś ten przemysł ze względu na szczęśliwy zwrot kraju w ostatnich latach powinien być przedstawiony we wszelkich szczegółach; przeto czyni wniosek: Komisyja balneologiczna utworzy osobny Komitet, któryby się zajął 1. wypracowaniem planu, w jaki sposób i w jakich rozmiarach ma być urządzoną wystawa balneologiczna na wystawie krajowéj w Krakowie; 2. porozumieniem się co do całéj téj sprawy z Komitetem wystawy krajowéj w Krakowie; 3. porozumieniem się i ułatwieniem wszystkim zdrojowiskom galicyjskim w urządzeniu téj wystawy. — Nadto tenże Komitet ma się zająć urządzeniem Zjazdu lekarzy zdrojowych, właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk, oraz osób tym działem nauki i przemysłu bliżéj się zajmujących w całéj Polsce, a to pod koniec września lub w początkach października rb.

Komisyja wnioski w zasadzie przyjmuje, lecz nie widzi potrzeby tworzenia nowych osobnych Komitetów, zwłaszcza, że już istnieją w Towarzystwie Komisyje sprawozdawcze do czasopism zagranicznych, oraz Komisyja przemysłowa, któréj zadaniem popieranie przemysłu krajowego w zastósowaniu do rzeczy lekarskich; co zaś do urządzenia wystawy należy się porozumieć z delegatem Towarzystwa lekarskiego do Komitetu wystawy. Ostatecznêm załatwieniem tych wniosków zajmie się zarząd Komisyi, która w tym celu w jak najkrótszym czasie się zbierze.

4) P. Trochanowski, asystent zakładu chemicznego U. J., podał wiadomość o wynikach rozbioru chemicznego wody 48 studzien miasta Przemyśla, oraz wody rzeki Sanu. Rozbioru tego dokonał z polecenia Magistratu tego miasta w pracowni chemicznéj prof. Czyrniańskiego, przedwstępnych robót dokonawszy na miejscu. Opierając się na wynikach rozbioru chemicznego, poczytał ośm wód studziennych za zupełnie nieodpowiednie, z tych kilka na wniosek fizyka miejskiego Dra Dworskiego Magistrat zamknąć polecił; a co do kilku porobiono stósowne ulepszenia dla usunięcia zanieczyszczeń, które stanowiły amonijak, kwas azotawy, a w największéj ilości kwas azotowy. Siedm poczytał za zupełnie odpowiednie wszelkim wymaganiom, 6 za odpowiednie, 16 za możebne do użytku, a 11 za mniéj odpowiednie. Główną myślą, która skłoniła Radę miejską do zarządzenia rozbioru wód, było wykazanie, jakie miasto posiada wody, o ile one są zdolne do użytku, a wreszcie chciano poruszyć sprawę ważną nader dla Przemyśla zaprowadzenia wodociągów, do czego skłania ta okoliczność, że wszystkie studnie są w wodę ubogie, najwięcéj zaś wody posiadają te, których woda jest nieodpowiednią do użycia. W dyskusyi przewodniczący podniósł tę okoliczność, iż miasto Przemyśl może służyć za wzór innym miastom w uwzględnieniu stosunków higijenicznych, a okoliczność ta têm więcéj zasługuje na uznanie, że studnie wskazane, jako posiadające wodę nieczystą i do użycia nieodpowiednią, natychmiast zamknąć polecono, co niestety nie wszędzie się dzieje.

Dr. Ściborowski.

VI. Zjazd lekarski w Moskwie.

Między 16 i 23 stycznia odbył się 2gi Zjazd rosyjskich lekarzów w Moskwie, poświęcony pamięci Pirogowa. Przewodniczył mu prof. chirurgii Dr. Sklifosowski. W Zjeździe wzięło udział 1287 lekarzów (na zeszłorocznym w Petersburgu było tylko 500), w téj liczbie kobiet lekarek 58 i 1 lekarz bułgarski. Jedna z pań przewodniczyła w sekcyi społecznéj medycyny i higijeny. Najwięcéj lekarzów było z Moskwy 656, z Petersburga 87, z Kijowa 30, Charkowa 22 i Warszawy 11. W liczbie warszawskich lekarzów, z których 4ch było rosyjan, zapisana nie znana nam p. Maryja Walicka, jakoby wolno praktykująca w Warszawie lekarka. Z prowincyjonalnych lekarzów Król. Polskiego, prócz jednego lekarza wojskowego, żaden nie brał udziału w Zjeździe.

Kilku naszym rodakom okazano cześć wybraniem ich przewodniczącymi sekcyj, których było 14, a mianowicie: prof. Hoyera sekcyi anatomii i antropologii, prof. Krassowskiego, honorowego łejbakuszera, sekcyi akuszeryi i chorób kobiecych, prof. Dogiela sekcyi farmakologii, balneologii i elektroterapii, prof. Mierzejewskiego sekcyi chorób nerwowych, Dra Talki sekcyi chorób ocznych.

Odczyty mieli z warszawskich lekarzów: 1) Dr. M. Steinberg o wacie opatrunkowéj, wyrobionéj z torfu otwockiego i cennéj z powodu swéj hydroskopijności. 2) Dr. Grandilewskij o używanym w Warszawie proszku otwockim, jako środku odwaniającym. 3) Dr. Neugebauer (syn) o miednicy spondylolistycznéj, 4) Prof. Hoyer o przejściu tętnic w żyły śledziony. 5) Prof. Dogiel z Kazania mówił: *a*) o znaczeniu lekarzy w walce przeciw nadużyciu tytoniu i spirytualijów, *b*) o wpływie barw widma na ustrój człowieka i zwierząt, wreszcie *c*) dowodził, iż teoryja Binza, dotycząca działania arszeniku na organizm zwierzęcy, nie ma znaczenia naukowego. 6) Dr. Fijałkowski z Berdyczowa mówił o kwestyi: co robić z jaglicą w wojskach? Prócz tego czytali swoje rozprawy i inni rodacy nasi, przybyli na Zjazd z rozmaitych stron Cesarstwa i wielu z nich brało udział w rozprawach na posiedzeniach sekcyj.

Z licznych naukowych rozpraw odczytanych na Zjeździe, wspominamy tu tylko dwie, które nadzwyczaj nas zainteresowały: 1) prof. Kremjanskiego (z Charkowa) o urządzeniu i użyciu wdechającego pulweryzatora do leczenia gruźlicy płuc. Aparat jego podobny do tureckiego kaljana. Do wdechania autor gorąco zaleca rozczyn aniliny, zabijającéj laseczniki nietylko w płucach ale i we krwi. 2) Dr. v. Stein (z Moskwy) mówił o wpływie tonów i drgań kamertonu na oczy. Poddając świnki morskie drganiom kamerton upo upływie 8—10 godzin wywoływał u nich zaćmę okołojądrową. Po zniszczeniu ucha zaćma tworzyła się daleko prędzéj, bo po 2—4 godzinach. Ztąd wnosi prelegent, że drgania wywołują zaćmę, a tony powstrzymują jéj rozwój.

Posiedzenia Sekcyj miały miejsce w gmachu t. zw. nowego uniwersytetu, posiedzenia wieczorne Sekcyi spół. medycyny i higijeny w sali dumy miastowéj. Na posiedzeniach publicznych byli obecni: Minister oświecenia, kurator mosk. naukowego okręgu, generał-gubernator, „głowa“ miasta i w. innych dygnitarzy.

Dla członków Zjazdu otwarte były wszystkie kliniki, szpitale, muzea, pamiątki w pałacu Kremla i świątyniach itp. Godne były zwiedzenia wystawy: 1) instrumentów chirurgicznych i środków opatrunkowych, 2) mikroskopów, techniki mikroskopowéj i bakteryjologii, i 3) preparatów farmaceutycznych i materyjałów aptecznych, w któréj wzięli udział mosk. farmaceutyczne Towarzystwo, petersb. chemiczne laboratoryjum i mosk. aptekarz-kupiec Köller.

Zjazd był świetnym. Zarząd miał do dyspozycyi, prócz wpisowego od członków, 5500 rs., — 5000 rs. asygnowała na ten cel Mosk. duma miestowa i 500 rs. Ziemstwo gubernijalne. Podczas Zjazdu wychodził „*Dziennik 2go Zjazdu ross. lekarzów*“, pod staranną redakcyją prof. Bobrowa; wy-

szlo 10 jego numerów (in 4to, str. 192); prócz protokółów z posiedzeń sekcyjnych znajdujemy w nich treściwy opis szpitali m. Moskwy.

Jednocześnie odbył się też w Moskwie 1szy Zjazd ross. psychijatrów, któremu przewodniczył Dr. Mierzejewski, prof. med. chir. Akademii w Petersburgu. Prezydujący na publiczném posiedzeniu wygłosił świetną mowę o spółczesnych przyczynach chorób umysłowych. Dr. Rothe z Warszawy, jako jeden z wiceprezesów Zjazdu, miał odczyt o statystyce chorób umysłowych i historyi szpitali dla umysłowo-chorych w Polsce. Zjazd psychijatrów uświetnił się otwarciem psychijatrycznéj kliniki w Moskwie, ufundowanéj przez p. Mamonową. Przepysznie urządzony zakład wzniesiony został na t. zw. Dziewiczém polu, gdzie ongi bojarzy moskiewscy składali przysięgę za wierność królewiczowi Władyslawowi.

3ci Zjazd ross. lekarzów odbędzie się w przyszlym roku w Petersburgu. Nie brali dotąd udziału — jak dawniéj — farmaceuci i przyrodnicy. Zaprojektowano jednak, aby nadal farmaceuci dopuszczani byli do sekcyj farmacyi i farmakognozyi. *Dr. T.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Neusser: **Badania nad pelagrą.**

Z polecenia Ministerstwa udał się w roku zeszłym Dr. Neusser, rodak nasz i asystent prof. Bambergera we Wiedniu, do Gorycyi celem zbadania przyrody i przyczyn choroby zwanéj pelagra. Ciekawe wyniki, do jakich doprowadziły go pilne badania, przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich w zajmującym wykładzie, który w streszczeniu niniejszém podajemy.

Pierwszym, który pisał o pelagrze był Frapolli w XVI wieku, ale dopiero od roku 1735, gdy dokładniejsze wiadomości podał Casal, pojawiają się liczniejsze badania i opisy tego cierpienia, którego nazwa zdaje się pochodzić od pel agra = skóra chropawa.

Pelagra pojawia się u włościan tak w nowym jak i w starym świecie, a mianowicie w północnéj Hiszpanii, południowéj Francyi, w Lombardyi i w Wenecyjańskiém, w całéj prawie Rumunii, w Austryi, w Friulu, a prawdopodobnie i na Bukowinie. W Afryce, w Algierze i pomiędzy Kafframi Zulu. W Ameryce sporadycznie w Meksyku.

Rasa zatém jest bez wpływu, równie jak wiek i płeć. Oseski jednak nader rzadko ulegają chorobie a dzieci nie często. U tych ostatnich zdarzają się jedynie najlżejsze przypadki objawiające się wysypką bez przypadów ze strony jelit i systemu nerwowego. Dzieci okazują zatém pewną tolerancyję na szkodliwość pelagry. Co do dziedziczności to wpływ jéj jest wątpliwym. Na wiosnę wzmagają się objawy pelagry.

Dokładnéj statystyki z nikąd nie posiadamy. Według wykazów prywatnych i urzędowych pośród 36588 mieszkańcami Friulu było w r. 1886 1086 (około 3%) chorych na pelagrę a pomiędzy tymi 96 (około 9%) przypadków obłędu; w niektórych atoli okolicach liczba dotkniętych dosięga 25%.

Co do sposobu pożywienia, to najwięcéj chorych dostarcza ludność najuboższa, żywiąca się prawie wyłącznie polentą kukurudzauą. Tak samo ma się rzecz w Rumunii, mimo że ludność tamtejsza używa mleka, sera, jarzyn strączkowych, a nawet mięsa.

Choroba cechuje się szeregiem objawów skórnych, jelitowych i nerwowych. Najpierw pojawia się osłabienie, bóle głowy, zawroty, bóle krzyżów, zboczenia w przewodzie pokarmowym a równocześnie po największéj części z początkiem wiosny na odkrytych częściach ciała, najczęściéj na grzbiecie ręki i stopy rumień.

Po kilkomiesięczném trwaniu przy równoczesném łuszczeniu się zajętych miejsc ustępują objawy skórne, a przebieg choroby jest na pozór ukończonym. Z nadchodzącą wiosną powtarza się atoli cały szereg objawów, przyczém niektóre z większém nasileniem. Osłabienie wzmaga się, występuje charlactwo, język bywa czerwony i suchy, wzmagają się rozwolnienia i zjawiają się ciężkie objawy mózgordzeniowe, zboczenia umysłowe, częste kurcze i kontraktury z zanikiem mięśni równie jak zboczenia czucia, a często odbierają sobie chorzy w tym okresie życie lub giną wśród objawów tyfusowych lub mózgowych.

Gdy choroba jeszcze więcéj postępuje, to rozwija się osłabienie serca z następstwami, wzmaga się wycieńczenie, występuje porażenie odnóg i pęcherza, rozpływne stolce wodne, puchlina, a przejście zboczeń umyslowych w końcowe ogłupienie kończy tragiczny obraz.

Uleczenie może nastać w okresach początkowych, w których nie ma jeszcze niedających się naprawić zboczeń ważnych dla życia narządów, gdy chory zamieni szkodliwe wpływy na stosunki przyjaźniejsze. W późniejszych okresach rokowanie *quo ad valetudinem* jest wątpliwe. Czas trwania choroby jest różny, stosownie do okoliczności i przeciąga się, jak różni autorowie podają, do 10 i 15 lat.

Zazwyczaj wybuch wyrzutów poprzedza równocześnie z wystąpieniem objawów jelitowych i nerwowych pewien okres zwiastunów, cechujący się lżejszemi nerwowemi objawami, w którym dostrzedz się dają wzmożone odruchy ściegniste, objaw twarzowy, psychiczne pobudzenie połączone z ziemistą barwą skóry i ogólném osłabieniem. Objawy nerwowe polegają na psychicznéj a mianowicie melancholicznéj zmianie usposobienia, uczuciu obawy, myślach samobójczych, szaleństwie i halucynacyjach w końcu na ogłupieniu. Zboczenia czucia polegają na bolu głowy, zawrotach, szumie w uszach, bólach grzbietu i karku, swędzeniu skóyr, uczuciu zimna w odnogach dolnych a rzadko na mrowieniu. Odruhcy ściegniste niejednako się zachowują.

Zboczenia ruchu objawiają się kurczami, drzeniem włókienek mięśniowych za mechaniczném drażnieniem. Drzenie rzadko się zdarza w czystéj pelagrze. Wspomniany objaw twarzowy w większéj liczbie przypadków bywa wybitny.

Najważniejszemi i najwybitniejszemi objawami są zmiany na skórze. Pomijając zabarwienie skóry występujące nawet u chorych o jasnéj barwie włosów, zasługują szczególniéj na uwagę rumienie.

Okoliczność, że końce palców u nóg i rąk jakotéż i skóra nóg u ludzi noszących obuwie nie okazują rumienia, przemawia za tém, że słońce mocny wpływ wywiera w tym kierunku. Możnaby przypuszczać, że rumienie te są zwykłemi rumieniami od słońca na skórze uraźliwéj i źle odżywionéj jak w cukrówce.

Jako objawy jelitowe występują: zgaga, brak apetytu, żarłoczność, zaparcie stolca z wzdętym, rzadziéj zapadłym brzuchem. Język bywa obłożony, okazuje w największéj liczbie przypadków rozpadliny, często regularnie rozłożone, przez co język wygląda jak szachownica. Dziąsla rozpulchnione, czasem krwawiące, ślina kwaśno oddziaływa. Rozbiór stolców dal różne wyniki. Wykładający znalazł trójfosforany; całkowitych

ziarnek skrobi nie znalazł, a szczątki ich wykazywał jod w niewielkiéj tylko ilości.

Uderzającém jest stałe napotykanie w stolcach jaj pasorzytów: *taenia ascaris*, *oxyuris*, *trichocephalus*, ale nigdy nie znaleziono *anchylostomum*.

Cuboni, który czynił badania bakteryjologiczne, podaje: 1) że stolce zdrowych w ogóle mniéj obfitują w prątki niż stolce pelagrą dotkniętych; 2) w stolcach chorych na pelagrę znajduje się wyłącznie jeden rodzaj prątków identyczny z *bacterium maidis*, wykrytym w zepsutéj kukurydzy przez Majochiego.

Paltauf potwierdza istnienie swoistego prątka w zepsutéj kukurydzy, ale obecności prątków w stolcach nie uważa za udowodnioną. Krew okazuje się prawidłową. W zazwyczaj słabo kwaśnym moczu w pojedynczych tylko razach wykryto ślady białka, a cukru i acetonu nigdy. Kształt czaszki nie okazywał zboczeń.

Miesiączkowanie z wyjątkiem wielce niedokrewnych odbywało się prawidłowo.

Czynność serca była w ciężkich przypadkach osłabioną, tętno odpowiednio temu słabe, miękkie, ale prawidłowe. Wątroba i śledziona prawidłowe, gruczoły pachwinowe i karkowe czasem obrzmiałe. Chorzy wyglądali kachektycznie, blado, zdarzają się jednak przypadki i u dobrze odżywionych, silnych i zażywnych.

Pelagra bez komplikacyj przebiega bez gorączki. Powikłaną bywa pelagra z tyfusem brzusznym, z alkoholizmem, najczęściéj z zimnicą i to w najcięższych przypadkach, w Rumunii z kiłą wszelkiego stopnia, za to z gruźlicą prawie nigdy. Niektóre choroby zdają się sprzyjać powstawaniu pelagry: alkoholizm, niedokrewność, krwotoki i charlactwo zimnicze. Ciąża i połóg nie wpływają na pelagrę i na odwrót pelagra na nie, za to w epoce karmienia często wybucha pelagra ostro.

Pelagra może przebiegać w postaci 1) czynnościowéj choroby umysłowéj, noszącéj zazwyczaj cechę melancholiczną, rzadziéj napadów gwałtownych, a najrzadziéj manijakalnych; 2) amyotroficznego stwardnienia bocznego; 3) tetanii; 4) zapalenia opon mózgowych lub duru; 5) długotrwałéj *gastroenteritis* lub dysenteryi, które zdają się być najczęstszą bezpośrednią przyczyną śmierci chorych na pelagrę, gdyż większa część chorych umiera z nie dającéj się powstrzymać biegunki; 6) długotrwałego zwyrodnienia narządów z następowym ich zanikiem; 7) istotnego charlactwa względnie niedokrewności, przypadki te przypominają błędnicę, złośliwą niedokrewność, w ogóle cierpienia połączone z ciężkiemi zboczeniami odnowy krwi; 8) choroby Addisona; 9) czystéj choroby skóry z zarodkowym rozwojem reszty objawów; 10) w postaci, w któréj przed wystąpieniem objawów na skórze występują inne objawy pelagryczne w ten sposób, iż usprawiedliwioném jest oznaczenie *pelagra sine pelagra*.

Ostateczny wynik dochodzeń jest ten: Pelagra jest chorobą polegającą na delikatnych zboczeniach odżywienia w zakresie systemu nerwu sympatycznego i do niego należących naczyń, wywolaną przez jad, który w nietrujących jego pierwocinach rozwoju zawiera kukurydza.

Pierwociny te rozwoju tworzą się w kukurydzy prawdopodobnie jedynie pod wpływem *bacterium maidis* i należą do grup glikozydów lub żywic aldehydowych. Pierwociny te przy usposobieniu jelit a więc w jelitach kandydatów do pelagry ulegają przy oddzieleniu istoty trującéj, prawdopodobnie lotnéj, rozkładowi i nastaje w tych razach jelitowe samozakażenie. Oddzielenie to w pewnych okolicznościach może nastać w polencie i w ten sposób tę ostatnią zatruć. Może to także nastać w przyrządach do destylacyi wódki, a przez to ta ostatnia stać się nośnikiem pelagry. W tych przypadkach pelagra byłaby wynikiem bezpośredniego zatrucia, w innych zaś razach jelitowego samootrucia.

Mowca rozebrał daléj obszernie anatomiję patologiczną i etyjologiję pelagry, dowodząc, że choroba zostaje w związku z używaniem kukurydzy, a że szkodliwość tkwi jedynie w zepsutéj kukurydzy i to tak w polencie jak i wódce i piwie przyrządzonych z zepsutéj kukurydzy; pelagra nie jest jednak mykotycznem cierpieniem jelit. N. uwydatnia daléj środki ochronne, w pierwszym rzędzie zakaz uprawy pewnych gatunków kukurydzy, zaprowadzenie suszarń, magazynów pod nadzorem urzędowym, badania w gorzelniach, uprawę innych zbóż, dobrą wodę do napoju i poprawę wielu stosunków socyjalnych, zwłaszcza w Friulu.

W rozprawie, jaka nastąpiła, prof. Kaposi nadmienił, że obserwował parę razy cierpienie skóry przebiegające w postaci pelagry u osób, które ani nie pochodziły z okolic, gdzie kukurydza bywa uprawianą, ani też wódki z kukurydzy nie piły.

Dr. Neusser mniema, że możebną jest rzeczą, iż już przy jednorazowém użyciu małych ilości wyskoku dostaje się do ustroju znaczniejsza ilość jadu, który mógłby się też i w zepsutych ziemniakach wywiązać może przez wytwory rozszczepienia solaninu, mogące samootrucie wywołać. (*W. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 5). *Dr. Grabowski.*

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu Vgo Wydziału krajowego Sejmowi przedłożonego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2)

Sprawa klinik krakowskich. Według zawiadomienia c. k. Namiestnictwa uchwalił c. k. Rząd przystąpić w najbliższéj przyszłości do budowy pawilonu dla kliniki chirurgicznéj w Krakowie. Budynek stanie na gruncie Morgensterna, położonym naprzeciw szpitala św. Łazarza, z drugiéj strony ulicy Kopernika. Ponieważ grunt ten znajduje się w bliskości szpitala św. Łazarza, przeto nie czyniliśmy żadnych zarzutów co do połączenia administracyi kliniki tam zbudować się mającéj z zarządem szpitala. Co zaś do gruntu pod budowę reszty kliniki, to Wysoki Sejm polecił Wydziałowi krajowemu uchwałą z dnia 23 stycznia 1886 r. „ażeby przeprowadził rokowania z c. k. Rządem celem obrania na budowę klinik uniwersyteckich i bezpłatnego odstąpienia placu niezabudowanego, stanowiącego własność funduszu krajowego w obrębie miasta Krakowa a w razie, gdyby to okazało się niemożebném, upoważnił Wysoki Sejm Wydział krajowy, aby odstąpił bezpłatnie grunt tak zwany „na Blichu“ wraz z zabudowaniami w myśl uchwały z dnia 13 lipca 1880 r.“ W wykonaniu téj uchwały upraszaliśmy c. k. Namiestnictwo o zawiadomienie nas o wyborze gruntu na budowę klinik. Według odezwy c. k. Namiestnictwa z 6 października 1886 r. l. 59.703 miało oświadczyć c. k. Ministerstwo wyznań i oświaty w reskrypcie z 28 sierpnia 1886 r. l. 17.392, iż ze względu na wynik dochodzeń ściśle i wszechstronnie przeprowadzonych tylko grunt „na Blichu“ może być wybrany pod budowę klinik — rozumie się z wyjątkiem kliniki chirurgicznéj, która stanie na gruncie Morgensterna Przyjmując to do wiadomości, wydaliśmy na żądanie c. k. Namiestnictwa formalną deklaracyję (LW. 60.009/1886), iż grunt „na Blichu“ bez jakiegokolwiek wynagrodzenia za budynki na nim się znajdujące, zostanie odstąpiony c. k. Rządowi, lecz że użyty być może tylko pod budowę klinik akademickich, będzie zaś oddany c. k. Rządowi w fizyczne posiadanie dopiero przed samém przystąpieniem do wybudowania na nim rzeczonych klinik. Zarazem upraszaliśmy o wczesne zawiadomienie nas o terminie rozpoczęcia budowy klinik, ażebyśmy mogli zawczasu obmyśleć stosowne pomieszczenie dla służby szpitalnéj oraz dla warstatów ślusarskich i stolarskich, które

obecnie znajdują się w dwóch budynkach „na Blichu“. Wówczas będziemy musieli udać się do Wysokiego Sejmu z prośbą o wyznaczenie kredytu na postawienie dla szpitala nowego budynku gospodarskiego. Co zaś do kwestyi objęcia przez szpital św. Łazarza ekonomicznego zarządu klinik, to na żądanie c. k. Ministerstwa wyznań i oświaty obradowała w téj sprawie w lutym 1885 r. w Krakowie komisyja, złożona z reprezentantów c. k. Rządu i Wydziału krajowego, w któréj brali też udział kierownicy krakowskich klinik akademickich. O wyniku obrad téj komisyi zdaliśmy już sprawę Wys. Sejmowi w r. zeszłym, przedstawiając warunki, od jakich delegat nasz imieniem Wydziału krajowego uczynił zawisłem objęcie zarządu klinik. W komisyi téj była też poruszona kwestyja taks, jakie połączonym ze szpitalem klinikom będą miały być opłacane. Obecnie uiszcza fundusz krajowy za leczenie ubogich chorych: *a)* na klinice medycznéj, chirurgicznéj i okulistycznéj po 65 ct. dziennie od osoby, *b)* na oddziale ginekologicznym zwykłą taksę szpitalną, t. j. obecnie 63 ct., *c)* na oddziale położniczym po 90 ct. Ewentualną nadwyżkę wydatków ponad taksę pokrywa dotychczas fundusz edukacyjny. Delegat nasz oświadczył, że fundusz krajowy będzie opłacał wszystkim klinikom połączonym ze szpitalem, tylko zwykłą taksę szpitalną, t. j. jak obecnie 63 ct. z wyjątkiem za obłąkanych i chorych syfilistycznych, za tych bowiem pobiera szpital taksę 80 ct. Od tego żądania odstąpił późniéj nasz delegat w toku rokowań z następujących powodów: Delegat c. k. Rządu poruszył sporny stosunek kliniki położniczéj i zażądał przyznania, że takowa po preniesieniu na grunt szpitala jako jego integralna część przejdzie całkiem na koszt funduszu szpitalnego t. j., krajowego, a to na podstawie umowy z r. 1868, którą jako nie wykonalną zastąpiono w r. 1873 prowizoryjum dotychczas obowiązującém. Ponieważ wykonanie téj umowy obciążyłoby znacznie budżet szpitala, przeto oświadczył Wydział krajowy przez usta swego delegata, że bylibyśmy skłonni zamiast zwykłéj taksy szpitalnéj, jak początkowo proponowaliśmy, opłacać wszystkim klinikom bez wyjątku, gdy będą w obrębie szpitala i pod jego zarządem rzeczywisty wydatek na chorego (około 72 ct. dziennie), t. j. po potrąceniu wydatków, które mają wpływ na koszta leczenia w szpitalu, jednak nie mogą wpływać na koszta leczenia w klinice, jak np. wydatki na płacę i emolumenta służby lekarskiéj, na restauracyję budynków szpitalnych, utrzymanie ogrodów itp. Ustępstwo takie zrobiliśmy jednak pod warunkiem, że i klinika położnicza po wybudowaniu jéj na gruncie szpitala św. Łazarza, administrowaną będzie przez zarząd tego szpitala w ten sam sposób jak inne kliniki; dopóki to nie nastąpi, obowiązywać ma prowizoryjum. Tak więc za zwolnienie od uciążliwéj dla funduszu szpitala umowy, dotyczącéj kliniki położniczéj, godzimy się na podwyższenie opłaty za chorych na wszystkich klinikach.

Fundacyja Kosvitzkyego dla ciemnych. Zmarły w Andrychowie ś. p. Józef Kosvitzky przeznaczył rozporządzeniem ostatniéj woli jednę obligacyję indemnizacyjną im. wart. 1.050 zł. m. k. na utworzenie osobnéj fundacyi dla zakładu ciemnych w Krakowie. Fundator objawił życzenie, ażeby obdzielano co roku w dniu jego śmierci dochodem z rocznych odsetek najgodniejszego wychowanka powyższego zakładu. C. k Namiestnictwo zawiadomiło nas (LW. 31.689/1886) o tym zapisie, zapytując czy Wydział krajowy przyjmie zarząd téj fundacyi; w takim razie mieliśmy przedłożyć zarys aktu fundacyjnego. Wydział krajowy postanowił przyjąć zarząd fundacyi, o czém zawiadomiliśmy bezzwłocznie c. k. Namiestnictwo. Ponieważ atoli dotychczas Kraków nie posiada zakładu dla ciemnych i nie wiadomo, kiedy go mieć będzie, dla tego zapytywaliśmy c. k. Namiestnictwo, czy aż do chwili powstania takiego zakładu w Krakowie niemogliby z fundacyi téj korzystać ciemni w Krakowie zamieszkali, bez różnicy wyznania, a to w ten sposób, ażeby stosownie do woli fundatora w dniu jego śmierci udzielony został roczny dochód fundacyi najgodniejszemu ze zgłaszających się ciemnych. Po nadejściu decyzyi c. k. Namiestnictwa, które nam dotychczas w téj sprawie nic nie odpowiedziało, przystąpi Wydział krajowy do sporządzenia zarysu aktu fundacyjnego. (C. d. n.)

Dr. Józef Barzycki, c. k. lekarz powiatowy w Rzeszowie: **Szkice statystyczne o śmiertelności w Austryi z lat ośmiu 1875—1882 ze szczególném uwzględnieniem Galicyi i W. Ks. krakowskiego.** Rzeszów 1886, str. 65 z XIII tablicami.

Pod powyższym tytułem pojawiła się praca jednego ze starszych lekarzy powiatowych dla nas tém cenniejsza, ile że nader rzadko pojawiają się podobne publikacyje ze strony naszéj służby zdrowia. Autor obliczał na zasadzie dat ogłaszanych przez centralne pismo statystyczne w Wiedniu stosunki śmiertelności dla całéj monarchii austryjackiéj, dla poszczególnych jéj krajów i większych jéj miast, tak co do ogólnéj śmiertelności jak i ważniejszych przyczyn śmierci.

Według tego obliczenia Galicyja obok Bukowiny zajmuje najgorsze miejsce. Wymierało w niéj w namienioném 8-mioleciu 34,8 według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców, podczas gdy średnio wymierało w całéj monarchii 30,9. Z miast galicyjskich Nowy Targ wykazuje najniższy wykładnik śmiertelności 25,9; najwyższy Tłumacz 37,9.

W wschodnich powiatach Galicyi wymierało średnio 37,9; w zachodnich tylko 30,1; na rok i 1000 mieszkańców.

Z chorób zakaźnych umarło średnio w całéj Austryi 594, a w całéj Galicyi 958, czyli blisko dwa razy tyle na 100000 mieszkańców.

Pomiędzy chorobami zakaźnemi z ospy umarło średnio w Austryi całéj 63, w Galicyi 60 na 100000 m. Zachodnie powiaty Galicyi osobliwie m. Kraków (152), powiat krakowski (148), wielicki (147) i kolbuszowski (114), straciły najwięcéj osób skutkiem téjże choroby.

Z odry straciła Galicyja 91 na 100000 m., tj. 2 razy więcéj aniżeli średnio z niéj ginęło w całéj Austryi (66). Z tyfusu umarło średnio w całéj monarchii 77 na 100000 m., w Galicyi 131. Czerwonka pochłonęła w całéj Austryi 109, w Galicyi 207; z błonicy i dławca 191 w całéj Austryi, 270 w Galicyi naturalnie na 100000 mieszkańców.

W szeregu miast większych Kraków zajął przedostatnie miejsce w rzeczoném 8-mioleciu co do częstości przypadków śmierci skutkiem chorób zakaźnych, Czerniowce ostatnie. Z tychże chorób umarło w Galicyi blisko połowa zmarłych w całéj monarchii 105 na 100000 m.; w m. Krakowie 156. Z braku sił żywotnych umarło średnio w całéj monarchii 271, w Galicyi 345, w samym m. Krakowie 705 na 100000 m. Z suchot płucnych umarło w całéj Austryi 370, w Galicyi 330. Samobójstw było średnio 16 w całéj Austryi, w Galicyi 10.

W ciągu uwzględnionego 8-miolecia było w Galicyi 22000 urodzin mniéj aniżeli przypadków śmierci. Omawiając następnie środki lecznicze i pomoc lekarską, wykazał Dr. B., że w Bukowinie i Galicyi wypada najmniéj łóżek szpitalnych, bo 1 na 2104, a względnie 1 na 1480 mieszkańców. Również i łóżek dla położnic wypada w Galicyi 1 na 98770 m., w Bukowinie 1 na 43869, w Tryjeście 1 na 5639, w Austryi dolnéj 1 na 3769. Lekarzy wypadało 1 na 7149 m. w Galicyi, 1 na 1143 w obwodzie tryjesteńskim. Akuszerek wypadało w Bukowinie 1 na 2768 m. W Galicyi 1 na 5221 m, w Austryi górnéj 1 na 880 m., w Morawie 1 na 875. Aptek wypadało w Galicyi 1 na 23240 m., w Bukowinie 1 na 27151, w Salcburgu 1 na 2026, w Austryi górnéj 1 na 2593.

Smutny horoskop przedstawia autor dla ludności galicyjskiéj po takiém zestawieniu i słusznie wyraża ubolewanie, że żródłem téj przerażającéj niedoli jest u nas zaniedbanie tak dobrze fizyczne jak i moralne. Każdy się z nim zgodzi na szereg środków zaradczych, jakie zestawił w 16 zdaniach i jakie prawie w każdém sprawozdaniu Rada krajowa zdrowia wylicza.

Wdzięczność należy się autorowi za podjęcie się tak żmudnéj pracy a to tém bardziéj, że nie szczędził nawet wydatku, aby ją własnym nakładem drukować. *Dr. Buszek.*

* Na posiedzeniu Izby poselskiéj Rady Państwa z d. 28 stycznia r. b. uzasadnił dep. Roser wniosek następujący: „Wzywa się Rząd, aby według wzoru ces. Urzędu zdrowia w Berlinie utworzył podobną instytucyję w Austryi i przedłożył odpowiedni projekt ustawy“. Wniosek ten odesłany został do Komisyi.

O Rozporządzenie dotyczące sprzedaży złożonych leków (win leczniczych, syrupów, pigułek, plastrów, maści itd.) C. k. Ministerstwo spraw wewn. wydało, jako wskazówkę postępowania, objaśnienie następujące: Opis sposobu przyrządzania, który według § 1 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 17 września 1883 winien się znajdować przy lekach po aptekach sprzedawanych, służyć ma tak do tego, aby w aptekach odnośne leki według niego przyrządzano, jak również, aby umożliwić nadzór przez porównanie go ze sprzedawanemi lekami co

do wszelkich własności fizycznych a w szczególności co do smaku i zapachu. Postanowienie § 1 ust. 2 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 17 września 1883 Nr. 152 Dpp., iż leki, co do których z dodanego przepisu przyrządzania nie możnaby na pewne poznać istoty środka lekarskiego pod względem jakościowym i ilościowym, w ogóle sprzedawanemi być nie powinny, równie jak w postanowieniu z d. 1 lutego 1884 l. 4824 zawarte wezwanie, iż przepis przyrządzania przez robiącego lek ma być wystawionym, stanowią dla sprzedaż leków nadzorującej władzy politycznej dalsze środki pomocnicze wykluczania od sprzedaży wszelkich leków, których sposób przyrządzania przez niedokładność, nieznane oznaczanie środków lub wątpliwe pochodzenie usuwa się od wymienionego nadzoru.

Zakład Pasteura. Parlament francuski mając uchwalić uznanie tego zakładu za zakład ogólnego dobra od czego zawisło upoważnienie do składek publicznych itd., postanowił odroczyć uchwałę uważając nowe dochodzenia za potrzebne.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,0. Z błonicy i dławca umarło 2 (4 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z gruźlicy 5 (7 z. t); z zapalenia płuc 8 (14 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 3 płonicy, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 7, w Wiedniu 4, w Budapeszcie 29, w Pradze 2, w Rzymie 19, w Wenecyi 1. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Hamburgu 17, w Paryżu 29, w Londynie 14, w Petersburgu 13. Z odry umarło: w Berlinie 7, w Wrocławiu 10, w Paryżu 37, w Londynie 65. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 9, w Londynie 16, w Chrystyjanii 6, w Petersburgu 10. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 41, w Dreźnie 10, w Hamburgu 16, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 17, w Pradze 10, w Paryżu 23, w Londynie 20, w Chrystyjanii 12, w Kopenhadze 13, w Petersburgu 15, w Warszawie 13. Z krztuśca umarło: w Paryżu 11, w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,7; we Lwowie 41,1; w Brodach 35,4; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 44,4; w Przemyślu 41,6; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 47,4; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 29,3; w Warszawie 24,0; w Poznaniu 33,8; w Wiedniu 28,1; w Salcburgu 15,6; w Gracu 35,4; w Tryjeście 42,6; w Insbruku 28,3; w Pradze 34,0; w Bernie 30,4; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 28,3; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 21,2; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 19,6; w Hamburgu 30,9; w Kolonii 29,0; w Królewcu 21,9; w Lipsku 16,7; w Mnichowie 23,5; w Strasburgu 19,1; w Amsterdamie 24,6; w Brukseli 22,3; w Budapeszcie 35,5; w Chrystyjanii 23,0; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 21,8; w Odesie 27,9; w Paryżu 26,1; w Petersburgu 29,0; w Rzymie 29,4; w Stokholmie 24,1; w Wenecyi 29,0.

VIII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 10 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Rydel chorego, na którym wykonał irydotomiję z pomyślnym skutkiem i podał uwagi o téj operacyi, następnie Dr. Krokiewicz przedstawił preparat z przypadku przepukliny Littrégo, operowanego przez prof. Obalińskiego. W końcu docent Gluziński miał wykład zapowiedziany o sparteinie.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza 4 zadania do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. Dra Adama Helbicha, podane już w pismach lekarskich w roku przeszłym, oraz donosi, że przyznaną będzie nagroda z funduszu prof. Chałubińskiego za najlepszą pracę lekarską, ogłoszoną w ciągu lat czterech (od 1 kwietnia 1884 do 1 kwietnia 1888 r.). Po szczegóły odsyłamy do *Gazety Lekarskiéj* Nr. 6 z r. b.

* Otrzymaliśmy zawiadomienie, że baron Leon Lenval w Nicei przeznaczył 3000 franków jako nagrodę za sporządzenie aparatu lekkiego, polepszającego słuch chorych, a opartego na zasadach mikrofonicznych. Sędziami będą pp. Bischoff w Bazylei, Benni w Warszawie, Gellé w Paryżu i Politzer w Wiedniu; jednemu z nich należy przesłać przyrządy do ostatniego grudnia r. b. Ogłoszenie nagrody nastąpi na Zjeździe otyjatrów w Brukseli we wrześniu 1888 r.

* **Berlin.** Zjazd 16ty chirurgów niemieckich odbędzie się od 13—16 kwietnia pod przewodnictwem prof. Volkmanna.

* **Bukareszt.** Honoraryjum lekarskie. Dr. Schapira, poddany austryjacki, rodem z Biały w Galicyi, leczył panią jeneralową Cantili; gdy pacyjentka umarła, małżonek tak pobił lekarza, że tenże umarł z ran odniesionych. Zachodzi pytanie, czy i jakie kroki przedsięweźmie poseł austryjacki celem otrzymania satysfakcyi. O ile wiemy, zmarły kolega, uczeń szkoły wiedeńskiéj, a przed laty 20 i kilku znany w Wiedniu ze swego wykształcenia lekarskiego, zostawia wdowę i kilkoro dzieci.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gryfija.** Nadzw. prof. Grawitz mianowany prof. zwyczajnym anatomii patologicznéj. — **Lipsk.** Docent prywatny Dr. Altmann mianowany prof. nadzw. anatomii.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj Dr. Józef Friedberg w Krakowie.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Bolesław Dereniowski, rodem z Mikuliniec w Galicyi.

* **Nekrologija.** W tydzień zaledwie po uroczystości jubileuszowéj Spolek lek. česk. poniósł dotkliwą stratę przez nagłą śmierć Dra Józefa Zita, jednego z najczynniejszych swych członków, najgodniejszych kolegów i gorliwych pracowników. Dr. Zit urodzony w r. 1850 w Vejtzbcach pod Kładnem, wcześnie osierocony wychowany był staraniem czcigodnego, a nam tak sympatycznego X. kanonika Sztulca; nauki gimnazyjalne i lekarskie ukończył w Pradze, był zrazu sekundaryjuszem w szpitalu dla dzieci a późniéj asystentem prof. Steinera; po powstaniu Wydziału lek. czeskiego habilitował się w nim jako docent chorób dzieci. Pogrzeb jego odbył się d. 2 bm. przy udziale uniwersytetu, lekarzy i licznych stowarzyszeń. Cześć jego pamięci!

W Atenach umarł prof. położnictwa i były minister Miltiades Welzelos, w Londynie Edwin Chadwick, reformator higijeny w Anglii, w Bonnie tajny radzca sanitarny Dr. Richarz zawołany psychijatryk. — W Kazaniu umarł b. profesor chirurgii Dr. Sutkowski w 67 roku życia. Wychowaniec uniwersytetu wileńskiego, habilitował się w Kazaniu w r. 1848 a w r. 1860 mianowany został profesorem chirurgii. — W Berlinie umarł słynny prof. położnictwa Karol Schroeder. Urodzony d. 11 września 1838 roku w Strelicach w Meklemburskiém, w r. 1864 otrzymał dyplom doktorski, był asystentem Veita w Bonnie, 1866 habilitował się tamże, w r. 1868 mianowany profesorem w Erlandze a w r. 1876 w Berlinie. — W Pradze umarł emer. prof. nadzw. medycyny sądowéj na wydziale prawn. Dr. Franciszek Ksawery Güntner w 75 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 6: Brauna (z oddziału prof. Obalińskiego). Rozwój antyseptyki i wpływ téjże na choroby przyranne w oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w Krakowie (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Drobnika: O podwiązaniu tętnicy tarczowéj dolnéj; Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym;

Redakcyja otrzymała

Dr. DANIŁŁO: K'uczeniu o priedskazanii pri duszebnych boliczniach. St. Petersburg 1886. (Odbitka z „Wracza“) in 8vo str. 25.

Dr. S. PERKOWSKI: O zszywaniu nerwów wraz z opisem przypadku zszycia następczego n. promieniowego. (Odbitka z „Kroniki Lek.“ z r. 1887), in 8vo str. 22.

Dr. SEIFMANN: Zdanie sprawy o szkole weterynaryi we Lwowie za 5 letni okres jéj istnienia. Lwów 1886, in 8vo str. 67 z tabl.

Dr. GLUZIŃSKI (z kliniki prof. Korczyńskiego): O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych. (Odb. z „Przeglądu Lek.) 1886, in 8vo str. z tabl.

Drowie GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. (Odb. z Przegl. Lek.) in 8vo str. 10.

Drowie GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Uiber Hypersecretion u Hyperaciditât des Magensaftes. (Odb. z W. med. Presse 1886) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. FINGER E. Die Syphilis u. d. venerischen Krankheiten. M. 4. col. Taf. 8 Wien, Toeplitz u. D. M. 7.

HEINEKE W. Compendium der chirurgischen Operations- u.

Verbandlehre. 3 Aufl. II Spec. Theil M. 253 Holzschn. 8 Erlangen, Besold. M. 9.

HOFFMANN u. RAUBER. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 3 Aufl. 2 Band. 2 Abth. M. 300 Holzschn. 8 Erlangen. Besold. M. 14. —

STRICKER S. Allgem. Pathologie der Infectionskrankheiten 8 Wien, Hölde. M. 4.

ZWEIFEL P. Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien und die Dammrisse. M. 67 Holzschn. u. 1 Taf. 8 Stutthart, Enke. M. 4.60

BALL B. De dla responsabilité partielle des aliénés. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 1½.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Kijowie. Rozprawę szan. kolegi umieścimy niezadługo i odbitki zamówimy. Przepraszamy za zwłokę, której przyczyną jest nawał materyjału

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 19 Lutego 1887. Nr. 8.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O resekcyi kiszki stolcowéj z powodu jéj wypadnięcia.

Podał
Dr. Czesław Górski,
operator w téjże klinice.

W trzecim tomie *Gazety Lekarskiéj* (r. 1883, Nr. 47, 48) prof. Mikulicz opisał przypadek wgłobienia i wypadnięcia jelita grubego przez kiszkę stolcową, w którym z powodu rozpoczynającéj się już zgorzeli wykonał z pomyślnym skutkiem typową resekcyję. W pracy téj prof. Mikulicz w obec braku ściśle określonego postępowania podaje wskazówki, kiedy należy przystąpić do wycięcia jelita a zarazem wskazuje, że ta operacyja jest pewniejszą i bezpieczniejszą od metody podanéj przez Weinlechnera, polegającéj na usunięciu wypadłego kawałka jelita za pomocą podwiązki elastycznéj.

Pomyślny ze wszech miar wynik pooperacyjny w powyższym przypadku zachęcił prof. Mikulicza do użycia téj metody również w przypadkach całkowitego wypadnięcia odbytnicy[1]), w których jużto z powodu niemożebnéj repozycyi, jużto skutkiem wielkiego wyniszczenia przez krwotok lub z powodu innych dolegliwości wskazaną była operacyja radykalna.

O ile mi z literatury wiadomo, ogłoszonym jest w latach ostatnich tylko jeden przypadek Nicoladoniego (*Wien. med. Presse*, 1885, Nr. 26), w którym z powodu wypadnięcia odbytnicy wykonano resekcyję jelita. Z epoki przedantiseptycznéj znanych jest kilka przypadków, w których część jelita wypadniętą usunięto drogą operacyjną. I tak przytacza Günther (*Die Lehre von den blutigen Operationen. Operationen am Becken.* 1860, str. 54) cztery odnośne przypadki, które mieli wykonać Frank, Brite, Ricord-Vernois, Roussilhe, a z których trzy pomyślnie się zakończyły. Z podanego opisu zdaje się wynikać, że otrzewna w żadnym z tych przypadków nie została otwartą. Nadto Chassaignac kilkakrotnie usunął za pomocą odgniataczа nietylko części błony śluzowéj, ale i część wypadniętéj kiszki w całéj jéj grubości.

Obecnie podaję do wiadomości wyniki, które otrzymano w trzech operacyjach w klinice krakowskiéj, a równocześnie dołączam przypadek operowany w Wiedniu w klinice prof. Billrotha, otrzymawszy zezwolenie do jego ogłoszenia przez łaskawe pośrednictwo prof. Mikulicza.

1. Michał S., 5 lat liczący, z Tyńca, cierpiał od dwóch lat na biegunkę i w ciągu tego czasu matka często uważała, że z otworu stolcowego wypadała kiszka, ale po chwili znowu się cofała. W pierwszych dniach stycznia roku 1884 wypadł znaczniejszy kawał kiszki na zewnątrz i mimo różnych prób w celu odprowadzenia pozostał już stale zewnątrz otworu stolcowego. Od tego czasu chory podupadł bardzo znacznie na siłach, stracił apetyt, miał ciągłą biegunkę i leżał stale w łóżku w położeniu kolankowo-łokciowém. Po trzech tygodniach przyniesiono go do kliniki w dniu 28 stycznia w następującym stanie: chłopiec bardzo licho odżywiony; narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie wzdęty, przy silniejszym ucisku nieco bolesny. Z otworu stolcowego zwisa ku dołowi ciało walcowate, ku przodowi i ku stronie prawéj nieco wypukłe, 11cm. długie, którego ściana zewnętrzna przechodzi bezpośrednio w brzegi otworu stolcowego. Na dolnym końcu obrzęku znajduje się otwór, do którego można wprowadzić mały palec. Błona śluzowa guza obrzękła, ciemnoczerwono zabarwiona, miejscami grubą warstwą śluzu pokryta, okazuje liczne wynaczynionki i w wielu miejscach brak przybłonka[1]).

[1]) Ze względu etyjologicznego, diagnostycznego i leczniczego musimy rozróżnić trzy stany chorobowe: 1) Wypadnięcie na zewnątrz kiszki stolcowéj bez objawów inkarceracyi. Cierpienie chroniczne znane pod nazwą *prolapsus recti.* 2) Wypadnięcie odbytnicy z inkarceracyją, występujące często nagle, zwłaszcza u dzieci. 3) Wgłobienie jelita grubego, z częściowém wypadnięciem przez otwór stolcowy.

[1]) Rycinę umieścimy w Nrze przyszłym. *Red.*

Rozpoznano wypadnięcie całkowite kiszki stolcowéj, a ponieważ wejrzenie części dolnéj przemawiało za znaczném zaburzeniem w krążeniu, zaniechano wszelkich prób w celu odprowadzenia i tegoż jeszcze dnia przystąpiono do wycięcia wypadniętéj części jelita. Po oczyszczeniu pola operacyjnego wśród narkozy chloroformowéj i ciągłéj irygacyi poprowadził prof. Mikulicz cięcie poziome, 3cm. długie, na przedniéj ścianie zewnętrznego jelita przez wszystkie jego warstwy, poczém okazała się powierzchnia surowicza kiszki wewnętrznéj. Następnie za pomocą szwu jedwabnego Lemberta zespoił górny brzeg kiszki zewnętrznéj z leżącą pod nim, a nie przeciętą jeszcze ścianą kiszki wewnętrznéj. Tak postępował zwolna do około, zapobiegając tym sposobem cofnięciu się kiszki wewnętrznéj ku górze, poczém tuż poniżéj linii szwów odciął kiszkę wewnętrzną a błony śluzowe obu ścian zespoił jeszcze jedwabnym szwem kuśnierskim. Pozostały kikut, 2cm. długi, dał się teraz wprowadzić z łatwością przez otwór stolcowy do wnętrza.

Przez pierwsze 10 dni po operacyi podawano choremu tylko pokarmy płynne, a dla powstrzymania wypróżnienia 2 do 5 kropli *Tra Opii*. Prócz tego wprowadzano czopki z *but. cacao*, jodoformu i makowca. Mimo tych środków rozwolnienie utrzymywało się przez cały tydzień. Chory przez 11 dni gorączkował; najwyższa ciepłota 39·4° była drugiego dnia po operacyi. Tętno w pierwszych dniach wahało się między 120 a 170. Śladów ogólnego zapalenia otrzewny nie było wcale; utrzymywało się tylko wzdęcie brzucha i mierna bolesność ponad esowatém zagięciem kiszki. W ciągu drugiego tygodnia ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, rozwolnienie ustąpiło, a chory, znacznie lepiéj odżywiony, opuścił klinikę dnia 24 lutego jako wyleczony. Przy badaniu przez odbytnicę można było wyczuć w wysokości 2cm. ponad otworem odchodowym bliznę obrączkową, miękką, nieco tylko światło kiszki zwężającą, przez którą koniec palca da się przeprowadzić. Według wiadomości otrzymanéj przed kilku tygodniami od ojca, dziecko było zupełnie zdrowe przez 2 lata i nie miało żadnych dolegliwości przy oddawaniu kału, w maju atoli 1886 r. umarło skutkiem tyfusu panującego epidemicznie.

2. Perec Sch., 18 lat liczący, izraelita z Kamieńca Podolskiego. W dziecięctwie miał cierpieć na długotrwałe rozwolnienie, i już wtedy kiszka stolcowa wysuwała się nieco na zewnątrz. Od trzech lat cierpi chory na uporczywe zaparcie stolca i od téj pory wypada dolny odcinek kiszki przy każdém wypróżnieniu. Chory przy tém doznaje gwałtownych bólów, które również i przy chodzeniu występują. Od sześciu miesięcy dołączyły się krwotoki, które w ten sposób się pojawiają, że przez 8 do 14 dni bardzo wiele krwi traci, poczém przez dwa tygodnie krew wcale się nie pokazuje. Nadto użala się chory na ból w pachwinie lewéj, występujący przy chodzeniu a zwiększający się, jeżeli przez kilka dni nie było wypróżnienia.

Badając w klinice stwierdzono stan następujący: Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany, licho odżywiony; skóra cienka, blada, z odcieniem ziemistym, również mocno niedokrwne spojówki i błona śluzowa warg i dziąseł. Ciepłota ciała prawidłowa. W organach klatki piersiowéj nie ma zboczeń; rozmiary wątroby i śledziony prawidłowe. W kanale pachwinowym lewym *hernia incipiens*. Przy badaniu wzrokiem okolicy rzyci w stosunkach zwykłych, oprócz porozszerzanych splotów żylnych, nie znajduje się nic nieprawidłowego. Natomiast, skoro chory napiera, wypukla się dolna część odbytnicy tak, że z otworu stolcowego wystercza ku dołowi obrzęk kiełbasowaty, 14cm. długi, którego ścianę zewnętrzną stanowi błona śluzowa, rozpulchniona, sino-czerwono zabarwiona, miejscami powierzchownie owrzodziała i śluzem pokryta. Na dolnym końcu guza znajduje się światło kiszki. Aby odprowadzić napowrót część kiszki wypadłą, chory zajmuje położenie kolankowo-łokciowe, podnosi pośladki ku górze, i na przemian zwalnia i kurczy mięsień zwieracz rzyci. Chory przygnębiony swoim stanem, widząc, że wszystkie środki były dotąd bezskuteczne, zgodził się chętnie na operacyję.

Po wypróżnieniu przewodu pokarmowego przez środek przeczyszczający i lewatywy przystąpił prof. Mikulicz w dniu 24/3 1885 do odcięcia wypadającéj części odbytnicy, a wykonał operacyję w sposób zupełnie taki, jak opisano w poprzedniéj historyi choroby. Wycięta część kiszki była 14cm. długa. I w tym przypadku otworzono jamę otrzewny.

Przebieg gojenia był zupełnie zadowalający; przez pierwszych ośm dni podawano tylko pokarmy płynne i dwa razy dziennie *Tra Opii*. Najwyższa ciepłota wieczorem drugiego dnia po operacyi wynosiła 38·4°, zresztą wahała się poniżéj 38°. Chory nie użalał się na żadne dolegliwości. 11 dnia po operacyi pierwszy stolec bez krwi i bez bólu, następnie codziennie wypróżnienie bez dolegliwości. W trzy tygodnie po operacyi chory uszczęśliwiony nad wyraz swoim stanem, otrzymawszy pasek na przepuklinę, wyjechał z Krakowa. Przy badaniu chorego przed wyjazdem ściana kiszki okazuje się zupełnie gładką, a dwa cm. powyżéj otworu odchodowego można wyczuć w miejscu zeszycia pierścień nieco twardawy, nie znacznie tylko światło kiszki zwężający, przez który swobodnie można przejść palcem ku górze. O obecnym stanie chorego nic można się było dowiedzieć, nie ulega jednak wątpliwości, że chory, dosyć inteligentny, któremu zalecono usilnie zgłosić się listownie w razie jakich dolegliwości, byłby to uczynił, gdyby tego zachodziła potrzeba.

3. Mojżesz G., 21 lat liczący, z Krzywczy. W 17ym roku życia przebył dur brzuszny. Odkąd tylko zapamięta przy każdym stolcu wysuwa się na zewnątrz dolna część odbytnicy, jednakże dopiero od dwóch lat cierpienie znacznie się pogorszyło, tak że chory doznaje wielkich dolegliwości przy oddawaniu kału, który jest zbity i często z krwią pomięszany.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu niskiego, miernie odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń. Przy badaniu palcem kiszki odchodowéj można skonstatować znaczne zwiotczenie mięśnia zwieracza rzyci, to też już przy schylaniu się chorego występują na zewnątrz fałdy błony śluzowéj w postaci obrączki; jeżeli zaś działa silniéj tłocznia brzuszna, wysuwa się z otworu stolcowego dolny odcinek odbytnicy, 8cm. długi. Przekrwiona błona śluzowa okazuje na przedniéj powierzchni wyniosłości wielkości fasoli porozszerzane żyły; miejscami jest pozbawioną przybłonka, a ubytki te są pokryte drobną ziarniną.

Dnia 27/5 1886 po odpowiedniém przygotowaniu chorego wykonał prof. Mikulicz resekcyję. Przeprowadziwszy dwie silne pętle przez wypadniętą kiszkę, przeciął tuż przy rzyci poprzecznie przednią ścianę jelita zewnętrznego i założył szereg szwów węzełkowych z katgutu, przechodzących przez błonę surowiczą i mięsną obu kiszek, podobnie postąpił od strony tylnéj. Nakoniec brzegi obu błon śluzowych zeszyto szwem jedwabnym, poczém repozycyja dała się łatwo uskutecznić. Chory mocno po operacyi osłabiony, przyszedł wkrótce do siebie, a dalszy przebieg nic nie pozostawiał do

życzenia. 10/6 po podaniu olejku rącznikowego obfite wypróżnienie bez krwi i bez bólu. 17/6 opuścił klinikę wyleczony. Nie dawno otrzymałem od chorego zawiadomienie, że obecnie czuje się zdrowym, że kiszka odchodowa więcéj nie wypada i krew się nie pojawia. Na moją prośbę badał chorego w ostatnich tygodniach kol. Dr. Szalay w Przemyślu. Po nad zwieraczem rzyci zewnętrznym ku stronie lewéj znajduje się blizna twardawa, sznurkowata, poprzeczna około 2cm. długa. Światło kiszki jest tak obszerne, że palec wskazujący swobodnie może się poruszać. (Dok. nast.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dr. Rydygiera w Chełmnie n/W.

Nerwoból twarzy w obwodzie III gałęzi n. troistego; wycięcie całéj trzeciéj gałęzi n. troistego tuż przy otworze jajowatym sposobem Krönleina.

Podał
Solecki,
lek. prakt. i asystent.

O ile w dostępnéj mi literaturze odszukać mogłem, wykonano dotychczas dopiero trzy razy wycięcie III. gałęzi nerwu troistego. W dwóch przypadkach (Krönlein, Albert) użyto tego samego sposobu, w trzecim (Credé) odmiennego. Credé (*Dehnung und Durchschneidung des III Astes des N. trigeminus an der Schädelbasis. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie IX. Congress 1880*) użył w części sposobu, jaki podali Lücke-Lossen (zob. podręcznik Rydygiera str. 158 i nast.) do wycięcia II. gałęzi nerwu troistego. Poczynając pierwsze cięcie 2—3 cm. od środka zewnętrznego brzegu oczodołu prostopadle ku dołowi a kończąc je blisko trzeciego zęba trzonowego, rozdziela odrazu części miękkie i okostnę. Z górnego końca tego cięcia prowadzi drugie powyżéj kości licowéj pionowo, a przepilowawszy kość licową w przodku i tyle opuszcza płat zawierający kość licową, mięsień żwacz i skórę na dół. Po wydobyciu tłuszczu kładzie tępy hak pomiędzy wyrostek kłykciowy (*proces. articularis*) żuchwy i wroniasty, a odciągając silnie żuchwę od górnéj szczęki odsuwa ją tym sposobem o 1 cm. od podstawy czaszki. Dalsze postępowanie Lückego zmienia Credé posuwając się pod okostną prosto ku środkowi podstawy czaszki a nie w kierunku szczęki górnéj. W głębokości 6 cm. dotarł do otworu jajowatego, odsłonił cały pień III gałęzi n. troistego i po naciągnięciu przeciął.

Krönlein (*Ueber eine Methode der Resection des II und III. Astes des N. trigeminus unmitelbar am Foramen rotundum und ovale. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XX tom 6 zeszyt*) użył innego sposobu, chociaż i jego postępowanie przypomina dawniejsze sposoby i jest, jak sam przyznaje, wyborowém złożeniem poszczególnych części sposobów Lückego, Brauna, Lossena i Pancoasta. Sposób jego ma tę zaletę, jak się i w naszym przypadku okazało, że daje obszerniejsze miejsce niż inne do swobodnego operowania i odszukania w głębi bez wielkich trudności czy to II czy III gałęzi nerwu troistego. W naszym przypadku wycięliśmy tylko kawałek z pnia III gałęzi nerwu troistego, podczas gdy Krönlein z każdéj gałęzi wyciął po kawałku.

Rzadkość ogłoszonych dotychczas podobnych operacyj skłania nas do ogłoszenia naszego przypadku, tém więcéj, że tylko zbiorowo zebrane doświadczenie może dostatecznie rozstrzygnąć, który ze znanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo.

Franciszek P., 55 lat mający, przybył do zakładu w połowie listopada 1886 roku, skarżąc się na silny ból po prawéj stronie twarzy. P. jako dziecko miewał przez pół roku napady zimnicy co trzeci dzień, tak samo w 15tym roku. Od młodości cierpiał prócz tego często na silny ból zębów, które przez wyrwanie po prawéj stronie zupełnie stracił. Obecne cierpienie zjawiło się pierwszy raz przed sześciu laty. Po wypiciu latem szklanki zimnego piwa dostał chory silnego rwania w prawym policzku. Ból szalał minutę, wrócił w godzinie do 10ciu razy i znikł, wracając po godzinie znowu w to samo miejsce. Wieczorem napady bólu nie były tak silne, w nocy zdaje się zupełnie ustawały, gdyż chory sypiał dobrze. Cierpienie to, pomimo nacierania i leczenia wewnętrznego salicylem, chininem, arszenikiem i tp., trwało bez przerwy 6 miesięcy, poczém znikło bez śladu. Po kilku miesiącach wróciło bez wszelkiéj przyczyny, ból szalał podobnie jak przedtém. Powtarzało się to kilka razy, ostatnia przerwa trwała od października 1885 roku do kwietnia 1886. W ostatnim czasie napady zjawiały się częściéj po 15 do 20 razy na godzinę, dniem i nocą. Zauważył téż chory, że silne uciskanie dłonią prawéj kości jarzmowéj zmniejsza bóle, podczas gdy wszelkie poruszanie żuchwy czy to przy mowie czy przy jedzeniu natychmiast je wywołuje.

Badanie szczegółowe chorego nie wykazuje nic osobliwego. Chory średniego wzrostu, dość silnéj budowy ciała, płuca i serce ma zdrowe; mocz, stolec, tętno i ciepłota są prawidłowe; śledziona nie da się wyczuć i nie jest zwiększona. Podczas napadu nerwobólu nie widać ani zaczerwienienia, ani zauważyć nie można podwyższonéj ciepłoty odpowiednich części twarzy. Ucisk na nerwy twarzowe w miejscach dostępnych nie wywołuje żadnych objawów, czucie po obu stronach twarzy zupełnie równe; w szczękach po prawéj stronie zębów nie ma.

Ból według twierdzenia chorego wychodzi od prawego kąta ust i ciągnie się ku prawéj kości licowéj, gdzie jest jego główne siedlisko, czasami rozpromienia się jak błyskawica ku prawéj skroni, rzadko ku oczodołowi; łzawienie nigdy przy napadzie nie powstawało. Napad opisuje chory jak następuje: początkowo lekkie kłócie jakoby szpilką w prawym kącie ust, poczém nagle ból w całéj sile przebiega jak błyskawica do okolicy kości licowéj i tu szaleje; zwolna ustępuje jakiemuś głuchemu uczuciu, które czasem pozostaje aż do drugiego napadu. Napady zjawiają się, jak już wyżéj wymieniono, do 20 razy na godzinę dniem i nocą, nie pozwalając pacyjentowi swobodnie jeść, tém mniéj zaś spać, doprowadzają go do rozpaczy i czynią skłonnym do każdéj choćby najniebezpieczniejszéj operacyi.

Nie ulegało wątpliwości przy rozpoznaniu, że siedliskiem bólu jest w ogólności III. gałąź nerwu troistego. Droga zaś, którą ból przebiega, równa się najwięcéj rozgałęzieniu n. policzkowego. N. policzkowy bowiem wychodząc z III gałęzi n. troistego na powierzchnię mięśnia skrzydlastego zewnętrznego przezeń lub pomiędzy nim a mięśniem skrzydlastym wewnętrznym bieży za ścięgnem mięśnia skroniowego ku kątowi ust. Dr. Holl podając nowy sposób wycięcia nerwu policzkowego opisuje objawy nerwobólu tegoż jak następuje: bóle odpowiedniego lica, a mianowicie objawiające się wewnątrz przy błonie śluzowéj jamy ustnéj, daléj bóle w kącie ust, w górnéj i dolnéj wardze ust, rozpromienianie ku oku i uchu; napady bolesne zjawiają się po kilkadziesiąt razy dziennie wywołane mianowicie przez żucie, mowę, przewiew i t. p.

Objawy te wszystkie po części spostrzegać można było u naszego chorego, który tylko na pytanie, czy bóle tkwią bliżéj

błony śluzowéj czy skóry, nie umiał dokładnie odpowiedzieć twierdząc, że przy napadzie w całym policzku go rwie i kłuje.

Dnia 24 listopada 1886 r. wykonał Dr. Rydygier wycięcie n. policzkowego sposobem Dra Holla. Wymacawszy palcem wyrostek wroniasty w okolicy, gdzie błona śluzowa górnéj szczęki przechodzi na szczękę dolną i tworzy niejako fałdę, zrobiono na zewnętrznéj stronie fałdy (ostrze noża zwrócone ku wyrostkowi) nacięcie na 4 cm. długie. Pod błoną śluzową znajdowała się średnia ilość tłuszczu, pod którym na ścięgnie mięśnia skroniowego leżał n. policzkowy. Wycięto z niego 2 cm. Silny ból przy pochwyceniu nerwu kleszczykami i następne badanie czucia (znieczulenie błony śluzowéj jamy ustnéj od prawego kąta ust do wyrostka wroniastego) przekonały nas, że rzeczywiście nerw wycięto. Operacyję wykonano bez uśpienia po napędzlowaniu błony śluzowéj kokainem; tak podczas jako i po operacyi nerwoból ani na chwilę nie ustał. Post nowiono odczekać skutków operacyi i zagojenia się rany.

Dnia 7 grudnia 1886 rana zupełnie zamknięta, co się tyczy nerwobólów ten sam stan co przed operacyją.

W skutek tego przystąpiono do wycięcia całéj III gałęzi nerwu troistego przy otworze jajowatym.

Operacyję wykonał Dr. Rydygier dnia 9. XII. 1886 według sposobu Krönleina, który ją dzieli na 6 po sobie następujących części:

Część pierwsza operacyi. Wycięcie płata skóry z podstawą pomiędzy skrawkiem ucha a zewnętrznym kątem oczodołu. Dolny brzeg tego cięcia sięga mniéj więcéj do linii, któraby łączyła nozdrze z łatką ucha odpowiedniéj strony twarzy. Płat ten skórny odłącza się ostrożnie od jego podścieliska (*fascia parotideo-masseterica*, *arcus zygomaticus*, *fascia temporalis*) aż do podstawy, unosi i przytrzymuje górą. Preparując uważnie można zawsze jak i w naszym przypadku oddzielić płat bez obrażenia nerwu twarzowego, tętnicy skroniowéj lub przewodu Stenoniana.

Druga część: odłączenie nożem powięzi skroniowéj (*fascia temporalis*) od górnego brzegu kości jarzmowéj, przepiłowanie téjże na zewnątrz tuż przy trzonie górnéj szczęki, i przecięcie kostnemi nożycami przy kości skroniowéj.

Odłożywszy następnie kość jarzmową z mięśniem żwaczem ku dołowi przystąpiono do

Trzeciéj części operacyi: do przecięcia dłutem wyrostka wroniastego, poczem odłożono go z mięśniem skroniowym ku górze.

Czwarta część: podwiązanie tętnicy szczękowéj wewnętrznéj. Nie przecięto jéj, jak Krönlein radzi, gdyż nie było tego potrzeby, lecz odciągnięto po podwiązaniu na bok. Poczem odłączono tępo przyczep mięśnia skrzydlastego zewnętrznego odkładając mięsień ten ku dołowi, posuwano się zwolna w głąb przy podstawie czaszki w kierunku wyrostka skrzydlastego (*proc. pterygoideus*), za którym leżała jak zwykle III gałąź nerwu troistego wychodząc z otworu jajowatego. Krwawienie splotu żył (*plexus venosus pterygoidus*) około mięśnia skrzydlastego nie na długo wstrzymało operacyję i ustało po ucisku samo. Tętnicy oponowéj średniéj (*arter. meningea media*) nie widziano nawet po wypreparowaniu nerwu i wycięciu tegoż na $^3/_4$ cm., nie było zatém powodu podwiązania jéj, jak radzi Krönlein.

Ostatnia część operacyi polega na zamknięciu rany wkładając według porządku odpowiednie części jak kartki książki jedne na drugie. Katgutowemi szwami przymocowano kość licową i wyrostek wroniasty w dawniejsze ich miejsce, do podstawy czaszki założono sączek a zeszywszy zewnętrzne brzegi rany i popruszywszy jodoformem, założono przeciwgnilny opatrunek na głowę, szyję i piersi.

Chory uśpiony podczas operacyi chloroformem zaczął się budzić przy zakładaniu szwów a przy opatrywaniu, będąc zupełnie przytomnym oświadczył, że bólów dawniejszych już nie ma.

Dnia 14. XII. 1886 szwy wyjęto, zewnętrzne brzegi rany dobrze się trzymają, z sączka odchodzi mało brudno białych ropnych wydzielin, tętno i ciepłota prawidłowe.

W dalszym ciągu przebieg pooperacyjny dobry, tętno i ciepłota zawsze prawidłowe, ropnych wydzielin coraz to mniéj. Ostatecznemu zagojeniu przeszkadzają wydzielające się od czasu do czasu obumarłe strzępki powięzi.

Dnia 31. I. 1887. gdy chory opuścił zakład, zewnętrznie prócz wąskiéj blizny widać było mały otwór krótkiéj przetoki po sączku, kość jarzmowa, wyrostek wroniasty nieruchome, niebolesne, w prawidłowém położeniu. Znieczulenie, które początkowo obejmowało wargi ust do połowy, okolicę kości licowéj, część skroni i połowę języka, zmniejszyło się, obecnie jest tylko w wielkości marki przy prawym kącie ust. Szczęki rozwiera chory na 1,5 cm.

Nerwoból od czasu operacyi raz tylko na sekundę wrócił, zresztą nigdy: nawet początkowe uczucie trętwienia w dawniéj zbolałych częściach zniknęło w ostatnich dniach.

Cel zatém główny operacyi osiągnięty, przyczém pacyent ani nieoszpecony pod względem kosmetycznym ani zanadto upośledzony pod względem ruchomości żuchwy. Otwieranie bowiem ust w czasie pobytu chorego widocznie się polepszało, można więc mieć nadzieję, że z czasem dojdzie do prawidłowych rozmiarów.

Utrudnione otwieranie ust w pierwszych tygodniach po operacyi zaniepokoiło chorego, a nam nasunęło myśl odmiennego, nowego sposobu operowania. Rzut oka na czaszkę przekonywa, że po wyłuszczeniu górnéj części wstępującego ramienia żuchwy, nawet już po wypiłowaniu wyrostka kłykciowego i wroniastego możnaby mieć dostateczny przystęp do podstawy czaszki i otworu jajowatego. Czy postępowanie takie nie byłoby trudniejszém i dla chorego niekorzystniejszém ze względu na możliwe obrażenie gruczołu przyusznego i przecięcie niektórych gałązek n. twarzowego, o tém dopiéro doświadczenie pouczyć może.

III. Z oddziału prym. Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Podał

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

W obec niepodobieństwa przedstawienia w sprawozdaniu lekarskiem wszystkich działów chorób z uwagami co do przebiegu choroby, trudności rozpoznawczych i leczenia, a w obec konieczności przedstawienia w sprawozdaniu naukowem nietylko gołych cyfr statystycznych, które pouczają wtedy tylko, jeżeli się je indywidualizuje, sądzimy, że najstósowniéj będzie w sprawozdaniach rocznych obok przedstawienia ruchu chorych i chorób każdorocznie podać pewien dział lub rodzaj choroby z uwagami, jakie się na-

stręczają śród przeglądania historyj chorób tego rodzaju a mianowicie śród porównywania przebiegu choroby z wynikami sekcyi tak, jak to za rok 1883 podano z oddziału chorób wewnętrznych *B* (Urywek ze sprawozdania za rok 1883). „Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań, przez prymaryjusza Dra St. Paszkowskiego."

Z roku 1884 rozbierzemy te przypadki duru brzusznego, które w tymże roku w oddziale chorób wewnętrznych *B* leczono. Z 32 przypadków duru brzusznego (20 mężczyzn, 12 kobiet) wyzdrowiało 25 (19 m. 6 k.), umarło 7 (1 m. 6 k.); co do wieku leczono między 10—20 rokiem 7 (M. 3 K. 4), między 20 a 30 rokiem 15 (M. 10 K. 5), między 30 a 40 rokiem 5, (M. 3 K. 2) między 40 a 50 3, (M. 3), a między 50 a 60 (2 M. K. 1). Trwanie choroby biorąc na uwagę tylko pobyt w szpitalu wynosiło przeciętnie u mężczyzn dni 24, u kobiet 23 dni. Z tych przypadków najdłużej pozostawał (69 dni) mężczyzna, u którego bardzo długo trwał stan ozdrowienia, najkróciej (1 dzień) kobieta, którą prawie konającą przywieziono do szpitala. Według zatrudnienia leczono wyrobników 11, służących 1, stróżów 3, pisarza 1, artystę dramatycznego 1, ślusarza 1, i 1 włóczęgę, wyrobnice 4, służących 6, bez zajęcia 2.

Przybytek i ubytek chorych na dur brzuszny w poszczególnych miesiącach i tygodniach wynika z następującego zestawienia:

Wcale nie było chorych z durem brzusznym w oddziale prym. Dra Paszkowskiego w r. 1885 u mężczyzn od 3 do 6 stycznia, od 14 do 19 marca, od 3 do 5 i od 7 do 9 czerwca, od 24 czerwca do 3 lipca, od 21 lipca do 22 sierpnia, od 7 do 27 października i od 16 do końca grudnia, więc razem przez 84 dni w roku. U kobiet od 1 do 20 stycznia, od 12 do 26 lutego, od 21 marca do 8 sierpnia, od 28 października do 5 grudnia i od 27 grudnia do końca roku, więc przez 164 dni. Po jednym chorym było u mężczyzn od 1 do 3, od 6 do 8 stycznia, od 26 stycznia do 1 lutego, od 7 do 8 i od 18 do 20 marca, od 25 kwietnia do 3 czerwca, od 5 do 7 i od 9 do 24 czerwca, od 3 do 21 lipca, od 22 do 29 sierpnia, od 1 września do 7 października, od 27 października do 7 listopada i od 5 do 17 grudnia, razem przez dni 195. Po jednej chorej od 20 stycznia do 12 lutego, od 26 lutego do 9 marca, od 10 do 11, od 12 do 13 marca, od 12 do 21 kwietnia, od 8 do 21 sierpnia, od 5 do 9, od 16 do 29 września, od 21 do 28 października, od 5 do 29 grudnia, a więc przez dni 105. Po dwóch tyfusowych chorych leżało w oddziale od 8 do 9, od 14 do 26 stycznia, od 1 do 7, od 8 do 10, od 12 do 18 i od 20 do 26 lutego, od 22 do do 28 marca, od 11 do 25 kwietnia, od 29 sierpnia do 1 września, od 7 listopada do 2 grudnia i od 4 do 5 grudnia (81 dni). Po dwie kobiety od 9 do 10, od 11 do 12 i od 13 do 29 marca, od 1 do 12 kwietnia, od 21 do 22 sierpnia, od 30 do 5 września, od 9 do 16 września, od 29 września do 21 października, a więc przez dni 66. Po 3 mężczyzn leczono w oddziale od 9 do 14 stycznia, od 10 do 12 lutego, od 28 marca do 11 kwietnia i od 2 do 4 grudnia, a więc przez dni 23. Po 3 kobiety leczono od 29 marca do 1 kwietnia, od 22 do 30 sierpnia, a więc przez dni 11.

Z tego mozolnego zestawienia dat można sobie wedle upodobania stworzyć linije krzywe, wyobrażające przybytek i ubytek chorych durowych w każdym miesiącu, tygodniu, a nawet dniu i każdorazowy obecny stan tych chorych w oddziale. Tablice opuszczamy dla względów typograficznych.

Z uwag, jakie się nasuwają przy przeglądaniu historyj chorób wypada nam przedewszystkiem zanotować p r z e b i e g g o r ą c z k i. Ciepłota w 8 przypadkach przekraczała 40°C obniżając się o kilka dziesiętnych w godzinach porannych, w 2 przypadkach utrzymywała się stale przez cały czas choroby (zbaczając o 1 do 2 dziesiętnych nad 38°C): w pozostałych dochodziła od 39° do 39·5°. W y s y p k ę na skórze wśród przebiegu zauważono 10 razy, w 22 był brak tejże; tu dodać wypada, iż na 32 przypadków duru brzusznego było zaledwo w 10 przypadkach b i e g u n k a stała, w 18 p. ślad białka w moczu. S l e d z i o n a we wszystkich przypadkach była powiększona a w 24 p. macalna pod łukiem żebrowym.

Przebieg więc choroby w przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, prócz jednego, gdzie okres rekonwalescencyi zbyt się przedłużał, był wcale łagodny. Jeżeli dodamy, że leczenie tyfusu w oddziale naszym polega tylko na postawieniu chorego w jak najlepszych higijenicznych i dyjetetycznych warunkach i wzmacnianiu sił (wino, koniak itd.), a że leków t. z. przeciwgorączkowych i przeciwdurowych wcale nie używaliśmy tak, że chory durowy ani ziarna chininu ani antipirynu itd. nie wyżył i ani jednej kąpieli zimnej nie wziął wśród całego przebiegu choroby, to dojdziemy do przekonania, że mieliśmy do czynienia z bardzo łagodną epidemiją duru, bo przecież nikt nie zechce twierdzić, że to t. z. obojętne leczenie miałoby wpłynąć korzystnie na przebieg choroby. Jesteśmy jak najmocniej przekonani i na innem miejscu jeszcze obszerniej to twierdzenie udowodnimy, że wszelka t. zwana antypyreza, na którą w ostatnich 15 latach tak bardzo się wysilano, jest zbyteczną w leczeniu duru, ale nie możemy powiedzieć, aby była wprost szkodliwą. Jedną i drugą „metodą" te same wyniki osiągnąć można. W obec więc łagodnego przebiegu przypadków wyleczonych dziwnie w sprzeczności staje liczba pokaźna (7) przypadków śmiercią zakończonych, a więc blisko 22%. Skąd to pochodzi? Przejdziemy dokładnie przebieg choroby tych przypadków uwzględniając wszystkie niekorzystne wpływy i komplikacyje w przebiegu i nasilenie choroby w każdym poszczególnym przypadku, leczenie nawet, a wreszcie wyniki nekroskopijne, zanim z poglądu na to wszystko odpowiedzieć będziemy mogli na powyższe ważne pytanie.

1) Elżbieta N. lat 25 licząca, przyjęta do szpitala d. 20 stycznia. Chora od 1½ tygodnia; po wstępnym dreszczu gorączka, ból głowy i bezsenność przez cały czas choroby, który w domu przebyła. Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie liche, język czysty wilgotny; w płucach z przodu po obu stronach objawy suchego nieżytu, w pasze prawej i z tyłu po stronie prawej na całej przestrzeni, po lewej tylko w górnych częściach. Po lewej w pasze i z tyłu w dolnych częściach przytłumienie odgłosu wypukowego i cały wdech pokryty drobnemi równobańkowemi rzężeniami. Brzuch miernie wzdęty, nagromadzenie kału w kiszce ślepej; śledziona na 2 palce niżej łuku żebrowego macalna, miernie bolesna, o brzegu grubym i twardym. Ciepłota prawidłowa; mocz bez białka.

Zaraz na drugi dzień ciepłota doszła do 38°C i podnosiła się z każdym następnym o kilka dziesiętnych stopnia. Jedenastego dnia pobytu pojawiła się osutka na brzuchu i biegunka, a język stał się suchym. Rozpoznanie brzmiało: *Typhus abdominalis, emphysema pulmonum, bronchitis diffusa.* Leczenie: z powodu znacznego kaszlu zalecono z początku choroby środki uśmierzające a z powodu dawnego

obrzęku śledziony roztwór siarkanu chinowego w pół gramowej dawce rano i wieczór, bez wpływu na przebieg gorączki; z resztą podawano środki podniecające. Gorączka trwała przez cały czas pobytu w szpitalu dochodząc w pierwszym tygodniu do 39°C, w drugim tygodniu do 40°C, tuż przed śmiercią obniżyła się do 38°C. Tętno przez cały ciąg choroby nie przekraczało 108 uderzeń na minutę, a ku końcowi stawało się coraz miększe. Śledziona duża, twarda, macalna wśród przebiegu się nie powiększała. Rozwolnienie trwało do końca. Z komplikacyj zanotować trzeba znaczny nieżyt oskrzelowy dawny, nie na tle duru, i rozedmę płuc, a wśród przebiegu choroby wymioty jako objaw zadrażnienia otrzewny, które wystąpiły w 2-gim tygodniu choroby.

Chora umarła w 22 dniu pobytu w szpitalu a 32 dniu choroby wśród objawów niedomogi sercowej. W protokole sekcyjnym z zakładu anatomii patolog. czytamy tylko *Bronchitis diffusa, Emphysema pulmonum intercurrente typho abdominali.* Ponieważ chora przybyła wśród stanu bezgorączkowego (37°C) okazując objawy bardzo znacznego nieżytu oskrzelowego, a obrzęk śledziony dawny, przeto ta okoliczność razem z przebiegiem dalszym przemawia za tem, że objawy chorobowe, jakie chora okazywała 1½ tygodnia przed przybyciem do szpitala, odpowiadały okresowi zwiastunów, że chora umarła w 3 tygodniu duru, a momentem uspasabiającym do niepomyślnego zejścia był nieżyt oskrzelowy znacznego stopnia i rozedma płuc. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

A. Jurasz (Heidelberg): **O sondowaniu jam czołowych.**

Kwestyja sondowania jam czołowych u osób żyjących w celu rozpoznawania i leczenia niektórych zmian patologicznych téj okolicy dawno już była podnoszoną; doświadczenia Schecka i Michela wykazywały niemożliwość wykonania téj operacyi u osoby żyjącéj. J. już na 56 Zjeździe lekarzy i przyrodników we Freiburgu wykazał na podstawie doświadczeń, że rzecz się ma przeciwnie, że operacyja ta da się wykonać i że ma racyję bytu. Obecnie upewnił się w téj kwestyi i zużytkował ją w przypadkach patologicznych.

W przypadku dotyczącym 17-letniéj dziewczyny cierpiącéj wypływ ropny z nosa od ½ roku, dotkniętéj powrotnemi napadami silnego bólu w czole w okresach ustawania ropotoku z nosa, zniósł najpierw za pomocą galwanokaustyki polipowate obrzęki obu muszli nosowych środkowych. Gdy następnie zastósowanie tuszów nosowych, wdmuchiwań kwasu borowego, leczenie napotne, podawanie jodku potasu zawiodły, wprowadził J. delikatną sondę metalową do prawego przewodu nosoczołowego a gdy po tym zabiegu wydobyła się dość znaczna ilość śluzu ropnego i chora doznała znacznéj ulgi pod względem bólów, powtórzył ten zabieg kilkakrotnie; bóle znacznie zmiejszyły się i występowały tylko przemijająco. Przed ukończeniem leczenia chora opuściła Heidelberg.

Przypadek ten nie zapewnił jeszcze dostatecznie J., czy rzeczywiście sonda wkroczyła do jam czołowych; J. upewnił się dopiero o tém w przypadku raka okolicy czoła, drążącego do jam czołowych u 42-letniego mężczyzny. Wprowadził w tym przypadku sondę nie zdejmując opatrunku; po zdjęciu tegoż można było widzieć dokładnie sondę w otwartéj jamie czołowéj. Do jamy czołowéj prawéj udało się Juraszowi dopiero za 3cim zabiegiem wprowadzić sondę. Sondowanie jam czołowych zastósował następnie jeszcze u 12 chorych: w 5 przypadkach udało mu się wprowadzić sondę z łatwością, w 6 po pokonaniu pewnych trudności (dla krętego przebiegu kanału), w 10 nie udało mu się wcale zgłębić jamy czołowéj. Sondowanie to zastósowywał tylko w przypadkach, gdzie ujście jamy czołowéj było widoczném, wyłączył zaś przypadki powikłane nowotworami, znacznemi obrzękami muszli nosowych i zboczeniami przegrody nosowéj. Do zgłębienia jam czołowych używał delikatnych guziczkowych metalowych sond długości od 11—15 cm. Trudności przy sondowaniu, pominąwszy wspomniane powikłania, mogą wyniknąć także ztąd, że otwór komunikacyjny nie jest utworem typowym i przedstawia rozmaitość pod względem umiejscowienia. Otwór ten leży najczęściéj w przedniéj części lejka na przednim końcu muszli nosowéj środkowéj. Jako punkt do oryjentowania się należy więc uważać przedni dziób muszli środkowéj; pomiędzy tym ostatnim a leżącym tuż na zewnątrz *proc. uncinatus* znajduje się zagłębienie, do którego wprowadzona sonda wchodzi zazwyczaj do kanału noso-czołowego. Ujście czołowe kanału tego może być czasem podwójném lub potrójném, a kanał przebiegać może pod kątem lub nieco ukośnie; długość jego wynosić ma 12—16 mm., światło jest najszerszém u góry i u dołu, w środku bywa on przewężonym. Sondowanie dałoby się uskutecznić także zgłębnikami fiszbinowemi, których autor jednak nie użył. Wskazania do tych sondowań stanowić będą przedewszystkiém nieżyty jam czołowych z zatrzymaniem odpływu dla niedrożności przewodu nosoczołowego. Operacyję tę jako zabieg lżejszy przenieść należy nad punkcyję od strony nosa za pomocą troikaru lub trepanacyję kości czołowéj, którennto ostatniemi zabiegami posługiwano się dotąd w podobnych cięższych przypadkach. *(Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 3). *Dr. Barącz.*

G. M. Humphry (Cambridge): **Jednostronny przerost dziąseł powikłany innemi nieprawidłowościami.**

Przypadek dotyczył 12-letniéj dziewczynki. Dziąsło lewéj połowy górnéj szczęki przedstawiało znaczny przerost tak przed jak i za zębami; przerost ten sięgał aż do granicy błony śluzowéj wargi z jednéj strony i do granicy twardego i miękkiego podniebienia z drugiéj. Na zewnątrz wyrostka zębowego stanowiło dziąsło znaczną płatowatą wyniosłość wystającą z pomiędzy warg; lico również było wzniesione. Zbitość tego obrzęku była taka sama, jak prawidłowych dziąseł, w przedniéj części zaś nieco mniejszą, tak że przypominał on żylny *naevus.* Dziąsło szczęki dolnéj lewéj było nieco tylko grubszém niż po stronie prawéj. Zęby i kości obu szczęk po obu stronach nie różniły się od siebie. Lewy migdałek i lewa strona podniebienia miękkiego były nieco większe niż po stronie prawéj. Górna i dolna warga po stronie lewéj wystawały i chora nie mogła warg przymknąć. Skóra lewego nozdrza również była przerosła, przez co przegroda nosa zbaczała ku stronie prawéj. Włosy lewéj strony głowy były grubsze i kręte, włosy w obu nozdrzach *(vibrissae)* były długie, rzęsy lewego oka znacznie dłuższe, powieka większą, włosy na brwiach lewych znacznie dłuższe i kręte. Małżowina uszna lewa była znacznie większą. Włosy czaszki rosły gęściéj koło ucha lewego. Lico lewe było pełniejsze niż prawe, a brodawki języka po lewéj stronie większe. Drugi palec u stopy lewéj był zastąpiony tłuszczową naroślą i nie miał ostatniego członka ani paznogcia. Wielki palec u nogi prawéj był podobnie zniekształtniony. Przy tém na stopach znajdowały się znaczne znamiona. Humphry wyko-

nal następującą operacyję w tym przypadku, usunął najpierw środkowy ząb sieczny górny piłką, cały lewy brzeg wyrostka zębowego i kawałek z podniebienia twardego po poprzedniém usunięciu kilku jeszcze zębów; również za pomocą łyżeczki Volkmanna usunął przerosłe dziąsło szczęki górnéj. Znaczny krwotok zatamował częściowo za pomocą podwiązek, częściowo za pomocą termokauteru. Rana szybko zagoiła się. Matka choréj ma również nieco grubszą wargę górną, zresztą nie ma żadnych nieprawidłowości. Nieprawidłowości szczęki górnéj dziecka zauważono już po urodzeniu i matka odnosi je do zapatrzenia się.

Badanie drobnowidowe utkania dziąseł wykazało bardzo zbite utkanie z tkanki łącznéj, o włóknach przebiegających w różnych kierunkach; warstwy powierzchowne były nieco unaczynione i przedstawiały znaczniejszą ilość jąder, warstwy głębsze były prawie bez naczyń. H. przytacza pokrótce historyje chorób znanych sobie jeszcze z literatury 10 podobnych przypadków. Humphrego przypadek jest 11tym z rzędu znanym. 9 z tych 11tu przypadków dotyczyło płci żeńskiéj. Choroba ta ma nieco podobieństwa do *epulis*, różni się jednak od ostatniego cierpienia powolnym przebiegiem (od urodzenia) i têm, że występuje w formie rozlanéj; nadto i inne zboczenia organizmu towarzyszą chorobie. (*Original memoir. Annals of Surgery.* January 1886, pag. 1—8).

Dr. Bartęcz.

Okulistyka.

Bobone: **O leczeniu chirurgicznêm choroby Basedowa.**

Odkąd Vostolini wykazał związek zachodzący między uklejami jamy nosowéj a napadami duszności, zwrócono uwagę na liczne zjawiska chorobowe będące bezpośredniém następstwem cierpień jamy nosowéj. Hack z Friburga wykazał związek istniejący między cierpieniami jamy nosowéj a różnemi neurozami. Ten sam autor ogłosił przypadek choroby Basedowa u młodéj dziewczyny, dotkniętéj równocześnie przerostem błony śluzowéj średniéj i dolnéj muszli nosowéj. Przyżeganie nozdrza prawego usunęło wysadzenie prawéj a lewego lewéj gałki ocznéj. Po licznych dalszych przyżegnięciach ustąpiły stopniowo objawy sercowe a zmniejszyła się objętość gruczołu tarczykowatego. Autor sądzi, że przewlekłe cierpienie jamy nosowéj podtrzymuje stałe zadrażnienie kończyn nerwu współczulnego w błonie śluzowéj nosa, że należy więc w każdym przypadku choroby Basedowa zbadać nos i leczyć zmiany chorobowe tamże znalezione. Przypadek Hacka nie jest jedyny, gdyż B. spostrzegał w klinice ruchoméj Dra Chiarego w Wiedniu dziewczynę 18-letnią dotkniętą chorobą Basedowa, leczoną najrozmaitszemi środkami bezskutecznie a cierpiącą przerostowe zapalenie nozdrzy. Po kilku przyżegnięciach muszli górnéj uskutecznionych zapomocą noża galwanokaustycznego stwierdzono znaczne polepszenie wszystkich objawów choroby Basedowa. (*Annales d'Oculistique* listopad — grudzień 1886). *Rydel.*

Nettleship: **Zapalenie współczulne.** (Sprawozdanie Komisyi wyznaczonéj z Tow. okul. połączonych królestw do zbadania tego cierpienia).

Sprawozdanie opiera się na 300 przypadkach i kończy się następującemi wnioskami. Wyłuszczenie oka wykonane zaraz po wystąpieniu zapalenia współczulnego nie wywiera, jak się zdaje, wyraźnego skutku na jego przebieg a z pewnością nie pogarsza położenia. Porównywając szereg przypadków, w których wykonano wyłuszczenie zaraz po pojawieniu się pierwszych oznak zapalenia współczulnego z równie licznym szeregiem przypadków nieoperowanych, przychodzi się do przekonania, że w ostatnim szeregu utrata wzroku następuje znacznie częściéj, należy jednak uwzględnić, że w pierwszym szeregu były przypadki lżejsze. Działanie lecznicze rtęci jest bardzo małe; z 50 przypadków uzdrowionych zupełnie leczono rtęcią 25. Irydektomija wykonana na oku współczulnie choróm w początkach cierpienia miewa skutek mniéj niepomyślny aniżeli powszechnie sądzą. Cierpienie współczulne wywołane przez oko niedotknięte raną przenikającą jest bardzo rzadkie. W 12 przypadkach przeciąg czasu, jaki upłynął między urazem a wystąpieniem objawów cierpienia współczulnego, wynosił rok i więcéj, w 18 zaś miesiąc lub mniéj. Najdłuższy przeciąg czasu między urazem a zapaleniem współczulném wynosił 20 lat, najkrótszy 9 dni. Ślepota wydarza się nierównie częściéj w tych przypadkach, w których przeciąg był długi. W 30 przypadkach zapalenie współczulne wystąpiło po wyłuszczeniu oka pierwotnie chorego, a w 5 z nich dopiero w 4 do 8 tygodni po operacyi; we wszystkich tych przypadkach oko wywołujące zapalenie współczulne dotknięte było raną. Rokowanie było we wszystkich tych przypadkach znacznie pomyślniejsze niż w zwyczajnych, gdyż więcéj niż połowa ócz wyzdrowiała. Wspomnieć jeszcze należy o przypadkach wyjątkowych cierpienia współczulnego, występującego w kilka lat po operacyi i kilku innych, w których współczulne zapalenie tęczówki wystąpiło po wyłuszczeniu oka zranionego o jeden lub dwa dni pierwéj. Przypadki niepowikłanego współczulnego zapalenia nerwu wzrokowego różnią się bardzo pomiędzy sobą; nie są one prawdopodobnie wszystkie skutkiem téj saméj przyczyny i nie mogą posłużyć do wykazania, że sprawa współczulna szerzy się wzdłuż nerwów wzrokowych. Zupełnie takie same zapalenie tarczy n. wzr. napotyka się często w przypadkach samoistnego surowiczego zapalenia tęczówki, nawet wtedy, gdy chorem jest tylko jedno oko. (*Annal. d'oculist.* list. i grudzień 1886). *Rydel.*

Stein: **Zaćma wywołana przez tony.**

W dotychczasowych doświadczeniach wywołano zaćmę: 1) przez uraz 2) przez zmianę warunków fizycznych (obniżenie i podwyższenie ciepłoty), 3) przez odczynniki działające miejscowo na soczewkę (stężone roztwory soli kuchennéj i cukru), 4) przez wprowadzenie czynników chemicznych do krwi (wstrzykiwanie do krwi roztworów soli kuchennéj i cukru). Autor spostrzegał zaćmę wywołaną przez zadrażnienie nerwów strojnikiem. Świnki morskie, u których stwierdzono brak zaćmień soczewki spostrzeganych u młodych zwierząt, umieszczał S. w skrzynce a przekonawszy się po kilku dniach, że soczewki są wolne od zaćmień (a więc wykluczywszy możliwy wpływ powietrza dusznego) wprawiał w ruch strojnik elektryczny przytwierdzony do skrzynki i spostrzegał już po 12 do 48 godzinach pierwsze zaćmienie soczewki. Doświadczeń takich uskutecznił 18 a wszystkie z wynikiem dodatnim. Po wyłuszczeniu oczu wykazał jużto przodkową lub tylną zaćmę gwiazdkowatą, już też tylną zaćmę korową lub kombinacyje wszystkich tych postaci. Nie chcąc zapuszczać się w przypuszczenia autor stwierdza tylko fakta, które prawie wszyscy lekarze miasta Moskwy widzieli. (*Centralbl. f. Augenheilk.* Styczeń 1887). *Rydel.*

Położnictwo.

Fleischmann: **Otrucie sublimatowe z zejściem śmiertelnem po dwukrotnêm wstrzykiwaniu do pochwy.**

Do głosów odzywających się przeciw używaniu sublimatu na szerszą rozmiary przybywa zdanie Dra F. W klinice Breiskiego w Pradze używano roztworu sublimatu do mycia

rąk, narzędzi, do obmywania części rodnych zewnętrznych w zgęszczeniu 1:200, do wstrzykiwań do pochwy zaś w stosunku 1:4000. Do wstrzykiwań śródmacicznych nigdy nie używano sublimatu. Nie używano go także wcale w przypadkach chorób nerkowych, u osób cierpiących nieżyt przewodu pokarmowego, w przypadkach znaczniejszej niedokrewności i u osób z upośledzoném odżywianiem. Według tych zasad opatrywano 1620 rodzących i nie widziano żadnych złych następstw z użycia sublimatu. Dnia 28 sierpnia 1886 przepłukano po dwakroć pochwę osobie ciężarnéj przed i po badaniu przez uczennice. Do wstrzykiwania użyto około 2ch litrów roztworu sublimatu 1:2000. Przed badaniem okazał się krwawy śluz z części rodnych. Ciężarna ta cierpiała na rozwolnienie stolca. Niebawem wystąpiły bóle w brzuchu, wymioty żółciowe i gorączka. Na drugi dzień poród, a 8go dnia zejście śmiertelne śród wybitnych objawów otrucia sublimatem, co też i dokonane oględziny pośmiertne w zupełności potwierdziły. Autor sądzi, że z roztworu wstrzykiwanego bardzo niewiele tylko mogło się w przewodzie rodnym zatrzymać, tém więcéj, że chora zaraz po badaniu i wstrzykiwaniu z łóżka powstała. Natomiast twierdzi, że musiał się płyn wstrzykiwany dostać do jamy macicy, gdyż szybko po wstrzykiwaniu wystąpiły groźne objawy a nadto musiały być i drobne naddarcia błony śluzowéj, jak tego krwawy śluz dowodził, które dostanie się sublimatu do krwi ułatwiły. Skutkiem tego F. wypowiada zdanie: że nie będzie więcéj używał sublimatu do wstrzykiwań ani do pochwy ani do macicy podczas lub po porodzie. W miejsce tegoż zaleca używanie roztworu kwasu karbolowego. Do oczyszczania i odrażania zaś części rodnych zewnętrznych, narzędzi, rąk badającego a względnie operatora uważa sublimat jako najpewniejszy i najlepszy środek przeciwgnilny. (*Centralblatt f. Gynäkologie*, 1886, Nr. 47). *Dr. Mars.*

Henry Coe (New York): **Czy choroby jajników i jajowodów są częstemi?**

Autor w swéj pracy przychodzi do wyników, które streszcza w następujących punktach:

1. Choroby jajników nie są tak częste, jak to bywa przedstawianém, o co obwinia chirurgów, a nie anatomów patologicznych.

2. Ze zmiany chorobowéj w części jajnika nie wypływa jeszcze, że jego działalność jest istotnie naruszoną i że usunięcie jego jest koniecznie wskazane.

3. Że wyrażenia „*cirrhosis*“ lub „torbielowate zwyrodnienie“, tak często używane, są złemi oznaczeniami, za często używanemi do usprawiedliwienia nieuzasadnionéj operacyi.

4. Ostre sprawy zapalne jajowodów są rzadsze, niż to podają. Nieznaczne zmiany nieżytowe anatom widzi rzadko, chirurg tém rzadziéj.

5. Wiele objawów, które przypisują chorobom jajników i jajowodów, należy odnieść do sprawy zapalnéj na otrzewnie i takowe przez wycięcie jajników i jajowodów nie bywają usunięte.

6. Fizyjologija jajników i jajowodów nie zupełnie nam jest jeszcze znana, zatém i kwestyja leczenia zboczeń tychże nie jest rozstrzygniętą. Operacyje, mające na celu usunięcie tychże, należy uważać za bardzo empiryczne.

7. Zapał, jaki panuje w Ameryce (i w innych okolicach, Ref. *C. f. G.*) do operacyi Taita, nie będzie trwałym, gdyż niewątpliwie niedługo przyjdzie się do przekonania, że liczba uzdrowień rzeczywistych nie stoi w stosunku odpowiednim do liczby operacyj. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, 1887, Nr. 1). *Dr. Mars.*

Psychijatryja.

Vty Zjazd psychijatrów włoskich w Sienie.

Ze sprawozdania ze Zjazdu tego, odbytego we wrześniu 1886 r. a ogłoszonego w 3cim zeszycie XII tomu *Rivista sperimentale di medicina legale*, Reggio 1887, wyjmujemy rzecz o wykładach ważniejszych, tamże mianych:

I. Obłąkanie moralne. O tym stanie dosyć jeszcze zagadkowym, którego znajomość zawdzięczamy głównie Anglikowi Prichardowi od r. 1840, w którego istnienie dotąd atoli niektórzy psychijatrzy i lekarze sądowi nie wierzą (jak np. Neumann, Meynert, Liman), mówiło aż 4 psychijatrow:

1) A. Verga: Obłąkanie moralne może przedstawiać się w postaci obłąkania rozprawczego *(mania raisonnante)*, ale nie każde obłąkanie rozprawcze jest obłąkaniem moralném; aby przypuścić takowe, należy poprzednio sprawdzić przewrotność popędów. Obłąkanie moralne najczęściéj jest wrodzoném; w przypadkach wyjątkowych jest ono nabytém, następowém po chorobach mózgu; czasem wreszcie zwiastowuje ono niedołęztwo porażenne. V. rozróżnia 2 rodzaje obłąkania moralnego. Albo chory dopuszcza się czynów bezprawych nie rozpoznając ich i usprawiedliwiając wszystko, co czyni; jest to prawdziwy daltonizm moralny; albo człowiek co chwila dopuszcza się bezprawia, rozpoznając je jako takie. Niektórzy przypominają sobie jakby w zamroczeniu, co czynili, drudzy wcale sobie nie przypominają. Tych ostatnich Lombroso nazywa epileptykami psychicznymi. Przypadki te zdarzają się częściéj u mężczyzn i w klasie zamożniejszéj. — Aby uniknąć błędu i nie brać zbrodniarza za chorego, należy być ostrożnym w rozpoznawaniu i dla tego wypada uwzględnić następujące cechy rozpoznawcze: 1) Stosunki cielesne i moralne rodziców. 2) Obecność cech zwyrodnienia (niesymetryczność czaszki i twarzy, drgawki, drżenie nerwowe, ogólne upośledzenie czucia). 3) Niepoprawność człowieka i brak związku między przyczyną najbliższą a czynem bezprawym. Cierpiących obłąkanie moralne należy umieścić w zakładach przeznaczonych dla przestępców obłąkanych, gdzie należy ich pozostawić dopóty, dopóki nie ma dowodu poprawienia się ich stanu, jeżeli ono w ogóle jest możebne.

2) J. B. Verga na podstawie 6 przypadków obłąkania moralnego dowodzi, że padaczka dostarcza znacznego kontyngensu i pisze się na zdanie Lombrosiego, że istnieje ścisły związek pomiędzy obłąkaniem moralném, padaczką i wrodzoném usposobieniem zbrodniarskiém.

3) Brajon celem wykazania, że obłąkanie moralne nie zawsze polega na wrodzoném zwyrodnieniu umysłowém, jak to powszechnie przypuszczają, podaje historyję choroby młodzieńca 22-letniego, który aż do 17 roku życia był zupełnie zdrowym na umyśle; w tym czasie doznał napadu szaleństwa gwałtownego, trwającego przez 8 miesięcy; był on leczony w szpitalu w Wenecyi, po przejściu szału stał się spokojnym i posłusznym i nareszcie opuścił zakład jako uleczony. Zaledwie atoli powrócił na łono rodziny, zaczął dopuszczać się czynności, dowodzących utraty uczuć moralnych, i w następstwie takowych dostawał się już to do więzienia, już też do zakładu dla obłąkanych. Przypadek ten dowodzi, że i napad szału pozostawić może takie zmiany w ośrodkach nerwowych, iż powstaje stan całkiem podobny do obłąkania wrodzonego i który nazwać można obłąkaniem moralném następowém.

(Przypadek ten nie dowodzi jeszcze, aby młodzieniec, który w 17 roku życia zapada na szaleństwo a po przejściu

napadu okazuje objawy obłąkania moralnego, nie pozostawał pod wpływem zwyrodnienia wrodzonego i odziedziczonego. *Sprawozd.*)

4) Lombroso już od dawna przemawia za tożsamością, a przynajmniéj wielkiém powinowactwem między wrodzoném usposobieniem zbrodniarskiém, padaczką a obłąkaniem moralném. Opiera się to powinowactwo na cechach wspólnych fizycznych i umysłowych, jakiemi są: szczęki szerokie, małżowiny wystające, czucie przytępione, ruchliwość mięśniowa, rozwój przedwczesny ciała, krnąbrność i okrucieństwo itd. Uważa on usposobienie zbrodniarskie jako odmianę padaczki, jako stan epileptoidyczny. Pod względem antropologicznym zwraca uwagę na wspólność co do zboczeń czaszkowych, jak plagiocefalii, asymetryi twarzowéj, nierówności źrenic, wielkości głowy, przedwczesnego rozwoju popędu płciowego, daltonizmu, zmniejszonéj odporności w obec napojów wyskokowych, usposobienia smutnego, przewagi strony lewéj nad prawą itd. Również i co do etyjologii zachodzi powinowactwo, a przedewszystkiém co do wpływu urazów. Jedną z nielicznych cech rozróżniających zbrodniarza od epileptyka jest czoło małe u pierwszego, podczas gdy u epileptyków najczęściéj cechy téj nie ma.

(Ciąg dalszy nastąpi). *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 37.

1. Odczytano zaproszenie na VI międzynarodowy Zjazd higieniczno-demograficzny, który się odbędzie w Wiedniu w drugiéj połowie września. Pragnący wziąć udział winni wpisać swe nazwiska do załączonéj listy.

2. Odbyła się dyskusyja nad wykładem kol. Jaworskiego odłożona z poprzedniego posiedzenia, w któréj wzięli udział koll. Prus i Warschauer, kol. zaś Paszkowski wyraził uznanie dla pięknéj pracy kol. Jaworskiego, które, jak sądzi, podziela całe Tow. lek.

3. Kol. Prus złożył wyczerpujące sprawozdanie z dziełka Dra Krassowskiego „o istocie cholery azyjatyckiéj i pospolitém leczeniu takowéj“, które miał sobie powierzone do ocenienia zaznaczając obecny pogląd na tę chorobę i sposoby leczenia.

Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Z porządku dziennego przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok 1887. Prezesem Tow. wybrany został kol. Mikulicz. Wiceprezesem kol. Kopernicki. Sekretarzem dorocznym kol. Dobruchowski. Redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy. Członkami komisyi redakcyjnéj koll. Oettinger, Madurowicz, Buszek i Cybulski. Delegatem Tow. w komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowski. Delegatami Tow. lek. krak. do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskich wybrani przez aklamacyję koll. Rieger i Krówczyński

Dr. Dobruchowski.

Posiedzenie z dnia 12 stycznia 1887 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 26.

1. Kol. Górski przedstawił dziewczynkę, ze szpitala św. Ludwika z wrodzoną wadą języka, szczęki dolnéj i palców.

2. Odczytano pismo p. Zeleńskiego z Grodkowic, w sprawie mleczarni, w którém tenże oświadcza, iż przyjmuje wszystkie podane sobie warunki i do takowych ściśle zastósować się przyrzeka. Co zaś do przesyłki mleka kwaśnego, to zaopatrzy się w butelki z nowowynalezionego szkła o wielkiéj wytrzymałości i hermetyczném zamknięciu i w takowych dostawę uskuteczniać będzie.

3. Przystąpiono do sprawozdań z czynności roku ubiegłego w następującym porządku: *a*) Ogólne zdanie sprawy z czynności Tow. przez sekretarza stałego kol. Kwaśnickiego; *b*) Sprawozdanie podskarbiego kol. Zarewicza ze stanu funduszów, któremu udzielono absolutoryjum; *c*) Sprawozdanie ze stanu biblijoteki przez kol. Murdzieńskiego; *d*) Sprawozdanie Komisyi przemysłowéj przez kol. Gluzińskiego. Przy tym punkcie kol. Korczyński uczynił wniosek, aby Tow. lek upoważniło Komisyję przemysłową do popierania Wystawy higijenicznéj warszawskiéj, a imieniem tegoż Tow. Kol. Domański wniósł, aby w Wystawie téj mogli wziąć udział i rękodzielnicy, wyrabiający przedmioty z medycyną mające związek, skoro wyroby zagraniczne na wystawę dopuszczone będą. Ponieważ zaś termin zgłaszania się wystawców naznaczono tylko do 1go marca, przeto uważa wniosek kol. Korczyńskiego za nagły i wnosi doraźne uchwalenie takowego. Przyjęto jednogłośnie. *e*) Kol. Paszkowski zdał sprawę z czynności delegata Tow. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Kol. Ściborowski zwrócił uwagę, że sprawozdania komisyj Tow. i urzędników tegoż nie są od lat paru ogłaszane ku wiedzy szerszego koła czytelników, którychby interesować mogły. To téż kol. Domański wyraził życzenie, aby dawniejszym zwyczajem dodawać arkuszowe sprawozdania do jednego z numerów Przeglądu. Sprawę tę poruczono komitetowi Towarzystwa do zdania sprawy; *f*) Sprawozdanie Komisyi balneologicznéj przez przewodniczącego téjże kol. Ściborowskiego; *g*) Sprawozdanie z czynności Komisyi do Roczników Virchowa i Hirscha przez kol. Kopffa, któremu wyrażono podziękę za gorliwe zajmowanie się sprawami Komisyi; *h*) Sprawozdanie z rachunków Komisyi redakcyjnéj, przedłożone będzie na jedném z następnych posiedzeń. 3) Słowo pożegnalne ustępującego prezesa. 4) Słowo wstępne nowoobranego.

Dr. Dobruchowski.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w styczniu roku 1886.

Tyfus brzuszny rozszerza się daléj, w styczniu stwierdzono go w 27 powiatach w 57 miejscowościach, w grudniu 48). Z 1489 leczonych chorych (w grudniu 1007), wyzdrowiało 823 czyli 55·3%, umarło 130 czyli 8·9% (w grudniu 6·2), pozostało w leczeniu 536 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim, gdzie w 8 miejscowościach stwierdzono 249 chorych, z tych umarło 24, daléj w powiecie przemyślańskim w 7 miejscowościach 251 chorych, 40 zmarłych, w powiecie kamioneckim w 5 miejscowościach 140 chorych. 10 zmarłych, wreszcie w powiecie sanockim, w 4 miejscowościach 105 chorych, z tych zmarło 5.

Nierównie więcéj rozszerzył się tyfus plamisty. Gdy w grudniu 1886 stwierdzono w 19 miejscowościach 412 chorych na tyfus plamisty, w styczniu br. stwierdzono w 31 miejscowościach 828 chorych, z tych wyzdrowiało 371 czyli 44·8%, umarło 67 czyli 8·1% (w grudniu ozdrowiało 68·7%, umarło 6·8%), pozostało z końcem stycznia 390 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie samborskim, gdzie w 3 miejscowościach stwierdzono 118 chorych, daléj w powiecie buczackim w 2 gminach 107 chorych i w powiecie wadowickim w 2 gminach 92 chorych; w powiecie rawskim rozwinął się obok tyfusu brzusznego także i plamisty w 3 gminach, a w jednéj z nich umarło z 25 chorych 7 osób czyli 27%. W mieście Krakowie od listopada panuje tyfus plamisty, w styczniu zachorowało 10 osób, z tych umarło 2 osoby, źródłem, z którego rozszerzył się tyfus, były ogrzewalnie i noclegi.

Szkarłatynę stwierdzono w 63 miejscowościach w 30 powiatach i w mieście Krakowie. Leczono ogółem 1982 (w grudniu 2104, w listopadzie 1886 2539) chorych, z tych ozdrowiało 1127 czyli 56·9%, umarło 304 czyli 15·3%, pozostało z końcem stycznia 551 chorych w 29 miejscowościach, podczas gdy z końcem grudnia tylko 384 chorych w 20 gminach pozostało. Zdaje się przeto, iż mimo, że liczba leczonych w styczniu mniejszą była niż w grudniu, szkarlatyna ponownie rozszerzać się będzie. Najwięcéj rozszerzoną była szkarlatyna w powiecie złoczowskim, w którym w 7 miejscowościach stwierdzono 313 chorych, a z tych umarło 44 dzieci niżéj 10 lat; daléj w powiecie trembowelskim w 3 gminach 164 chorych, 32 przypadków

śmierci, wreszcie w powiecie czortkowskim w 5 miejscowościach 156 chorych, 31 zmarłych.

Ilość leczonych w styczniu chorych na dyfteryję była mniejszą wprawdzie, niż w grudniu (343 przeciw 515), lecz śmiertelność była w styczniu 32·7%, podczas gdy w grudniu tylko 25·2%, także pozostało z końcem stycznia więcéj chorych w leczeniu niż w grudniu (76 przeciw 31). W powiecie grodeckim pojawiła się dyfteryja w 4 gminach, a z 34 chorych umarło 17; największą ilość chorych stwierdzono w 2 gminach powiatu trembowelskiego, lecz śmiertelność tam niewielka, z 77 chorych umarło 17 dzieci; względnie do ludności najwięcéj chorych było w jednéj gminie powiatu krakowskiego, gdzie zachorowało 36 osób, to jest 17% ludności, umarło zaś 3·8% ludności.

Dysenteryja panowała w 7 gminach w 5 powiatach. Leczono 119 chorych, z tych wyzdrowiało 94 = 79%, umarło 8 czyli 6·7%, pozostało 17 chorych w 2 miejscowościach.

Odrę stwierdzono w 89 miejscowościach u 5271 chorych (w grudniu 7718), z tych wyzdrowiało 4031 czyli 76·5%, umarło 424 czyli 8%. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie przemyskim i jaworowskim, w pierwszym stwierdzono w 14 gminach 817 chorych, z tych umarło 80, w powiecie drugim było w 10 gminach 653 chorych, a 46 przypadków śmierci.

Krztusiec był w 25 miejscowościach w 14 powiatach powodem interwencyi urzędowéj. Z 2224 wykazanych chorych wyzdrowiało 969 czyli 43·6%, umarło 90 czyli 4%, pozostało z końcem stycznia 1165 chorych.

Ospę stwierdzono w 13 powiatach w 27 gminach. Z 412 chorych, wyzdrowiało 189 czyli 45·9%, szczepionych 74 czyli 17·9% nieszczepionych, umarło 10 czyli 2·4% szczepionych a 57 czyli 13·8% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 49 szczczepionych i 34 nieszczepionych. Najwięcéj chorych było w powiecie drohobyckim, w 6 miejscowościach 121 chorych, w powiecie sokalskim w 3ch gminach 86 chorych (śmiertelność 4%), w końcu w powiecie złoczowskim w 3 miejscowościach 40 chorych (śmiertelność 20%).

Lwów d. 14 lutego 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

W sprawie szczepień wścieklizny sposobem Pasteura. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu w dniu 11 stycznia w zastępstwie chorego Pasteura Dr Grancher zbijał zarzuty podniesione przez Prof. Dra Petera, z powodu jednego przypadku śmierci.

Dr. Grancher oświadcza, że obecnie sposób leczenia bywa zastosowywanym do stopnia niebezpieczeństwa i osobistéj wrażliwości, przez co niezawodnie uda się wyzyskać najlepiéj ochronę ze zmniejszeniem stopnia niebezpieczeństwa, a więc zmniejszy liczbę niepowodzeń. G. oświadcza, iż naukowa podstawa ochronnego szczepienia wścieklizny polega na możliwości ochronienia zwierząt od jadu wścieklizny przez szczepienie podskórne stopniowo coraz zaraźliwszego rdzenia kręgowego królików. Ochronę tę można wywołać i po podskórném wszczepieniu jadu wścieklizny, trudniéj się to udaje, gdy zarażenie jest blisko ośrodków nerwowych. Pasteur stosuje zatém silniejszą lub słabszą metodę stosownie do przypadku. Od 15 sierpnia do 1 listopada 1886 leczono w zakładzie Pasteura 36 osób metodą silniejszą, wszystkie żyją, choć u 11 upłynęło od chwili pokąsania więcéj niż 5½ miesiąca, u 12 więcéj niż 3, u 13 zaś więcéj niż 2½ miesiąca. Brouardel podaje w *Dictionnaire encyclopedique* śmiertelność po ranach na twarzy obliczoną z lat 10 (1862—1872) na 88% gdy z osób 36 przez Pasteura szczepionych ani jedna nie umarła. Do 1 stycznia 1877 szczepiono w zakładzie Pasteura 1956 osób, z których zmarło 14 a dodając dwóch późno szczepionych, oraz jednego, co do którego nie ma jeszcze pewności, 17 osób. Śmiertelność wynosi zatém mniéj niż 1%. Z innych miast, gdzie istnieją zakłady szczepienia także pomyślne dochodzą wiadomości.

W dyskusyi, która nastąpiła, Brouardel oparty na wyniku sekcyi przytacza, że zmarły, o którym na poprzedniém posiedzeniu mówił Peter, nie zmarł na wściekliznę. Brouardel popiera zapatrywania Pasteura, równie jak i Dujardin Beaumetz.

Peter zbija twierdzenia zwolenników Pasteura i wyraża zdanie, że pierwotnie przez Pasteura zalecane postępowanie było bezskuteczne, obecnie zaś używane wzmocnione jest niebezpieczne. Przytacza 3 przypadki. W pierwszym mimo wczesnéj silnéj inokulacyi w 132 dni po ukąszeniu, a w 130 po rozpoczęciu wstrzykiwań, wybuchła wścieklizna. Peter mniema, że trudno w ogóle wywiedzieć się o śmierci szczepionych, bo śmierć ta zwykle bywa tajoną częścią ze względów ludzkości a częścią z niedocieczonych. W drugim przypadku istniała forma mięszana wścieklizny psiéj z wścieklizną szczepienną, którą Peter nazywa „*rage canino-pasteurienne*“: 15 dnia po ukończeniu szczepień pojawiły się bóle w bliźnie a późniéj w miejscach szczepienia; najpierw pojawiły się objawy wścieklizny Pasteura, a potém właściwéj wścieklizny. Przypadek ten, zdaniem Petera, dowodzi bezskuteczności metody i współdziałania obu rodzai jadu.

W trzecim przypadku 42-letni mężczyzna pokąsany przez psa, mimo że poddał się szczepieniu, zmarł na wściekliznę, a mianowicie na jéj postać porażenną, wyjątkową u ludzi, częstą natomiast u królików, chociaż weterynarz uznał, iż pies nie jest wściekłym. To że okres zwiastunów nie pojawił się w bliźnie po ukąszeniu, lecz w miejscach szczepienia, że późniéj nastało porażenie, oślepnięcie (gdy przeciwnie we właściwéj wściekliźnie wzrok bywa zaostrzony) wraz z brakiem wodowstrętu wybitnie wskazuje, że mamy tu do czynienia z najwybitniejszemi objawami jadu Pasteurowskiego. Oba jady mogą obok siebie wywierać swe działanie jak krowianka może istnieć obok wysypki ospowéj.

Trélat i Brouardel zarzucają Peterowi, że nie zbadawszy dokładnie rzeczy, wyprowadza fałszywe twierdzenia i rozprawy przedłuża. Dalsze rozprawy odroczono. (*Wien. med. Blätter* 1887 Nr. 3). *Dr. Grabowski.*

○ Komitet wykonawczy wystawy krajowéj ustanawiając komisyje celem urządzenia pojedynczych grup uchwalił poruczyć urządzenie grupy 26éj, obejmującéj przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych osobnéj komisyi, w skład któréj wchodzą: jako przewodniczący prof. Dr. Korczyński, a jako członkowie Dr. Baraniecki, docenci Drowie Grabowski i Jordan, Dr. Lutostański i mag. farm. Mikolasch.

(K.) W wystawie higijenicznéj odbyć się mającéj w Warszawie w 1887 postanowił komitet administracyjny szpitala św. Łazarza w Krakowie na posiedzeniu w dniu 10 stycznia wziąć udział z następującemi przedmiotami, jak: 1) Historyja szpitala św. Łazarza i literatura, obejmująca wszystkie prace naukowe drukowane, bądź tego szpitala dotyczące, bądź z niego wyszłe. 2) Plan sytuacyjny całéj realności szpitala św. Łazarza z uwidocznieniem wentylacyi, kanalizacyi, wodociągów i urządzeń telegraficznych, tudzież telefonicznych. 3) Szczegółowe plany oddziałów szpitalnych z przedstawieniem powierzchni ścian i podłogi, tudzież objętości powietrza. 4) Przedstawienie wentylacyi i ogrzewania w planie szpitala. Termometrograf. 5) Sprzęty szpitalne, łóżka i szafki. 6) Pościel, materace, kołdry. 7) Odzież dla chorych i rekonwalescentów. 8) Sale i stoły operacyjne w rysunkach. 9) Materyjały opatrunkowe: *a*) kupowane, *b*) wyrabiane w szpitalu. Sposób i koszt ich wyrabiania. 10) Kuchnia, pralnia, piekarnia i cały budynek ekonomiczny w rysunkach. 11) Żywienie chorych. Normy. Okazy żywności niepsujących się *in natura.* 12) Naczynia do potraw i do noszenia ich z kuchni, *in natura.* 13) Urządzenia pożarne szpitala w planie uwidocznione. 14) Urządzenia celem zabezpieczenia życia w przypadkach pozornéj śmierci, graficznie oznaczone. 15) Statystyka szpitalna i kartogramy do niéj się odnoszące. Buchalteryja. Budżety i zamknięcia roczne. Okazy wszystkich druków używanych w szpitalu. 16) Urządzenie sekcyj anatomiczno-patologicznych i rozbiorów chemicznych. 17) Urządzenia odnoszące się do usuwania kału i moczu ze sal dla chorych, *in natura.* 18) Urządzenia do kataplazmów, nosze i lektyki dla chorych, w rysunkach. 19) Obliczenie ilości powietrza dla chorego w różnych oddziałach. Objętość sal. 20) Urządzenie służby lekarskiéj w szpitalu. Jéj instrukcyje. 21) Urządzenie i działanie komitetu administr. Instrukcyje służbowe. 22) Rozbiór chemiczny wody z gruntu szpitalnego. Przyrząd Dervaux w rysunkach dla zapobieżenia tworzenia się kamienia w kotle parowym. 23) Apteka szpitalna. Ruch, koszta. 24) Śmiertelność z ważniejszych i pospolitych chorób zakaźnych w szpitalu według ciśnienia barometrycznego i pór roku. Zarazem uchwalił Kom. adm. odnieść się do Wys. Wydziału krajowego z prośbą o asygnowanie na ten cel 250 złr. i o zachęcenie szpitali prowincyjonalnych, aby w miarę możności wzięły udział w Wystawie higijenicznéj warszawskiéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 stycznia do 5 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000

mieszkańców 32·7. Z dławca i błonicy umarło 3 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gruźlicy 11 (5 z. t.); z zapalenia płuc 13 (8). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 10, w Budapeszcie 26, w Wiedniu 1, w Pradze 6, w Rzymie 15, w Wenecyi 2, w Paryżu 7, w Petersburgu 15. Z duru osutkowego umarło: w Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 18, w Hamburgu 16. w Paryżu 8, w Londynie 9. Z odry umarło we Wrocławiu 7, w Pradze 10, w Paryżu 38, w Londynie 54. Z płonicy umarło w Warszawie 6. w Budapeszcie 6, w Londynie 14, w Petersburgu 10. Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 24. we Wrocławiu 7, w Dreźnie 8, w Hamburgu 11, w Budapeszcie 12, w Pradze 8, w Paryżu 19, w Londynie 38, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 19, w Stokholmie 8. Z krztuśca umarło w Paryżu 16, w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; we Lwowie 33,7; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 30,3; w Przemyślu 39,5; w Stanisławowie 22,8; w Tarnopolu 26,5; w Tarnowie 34,7; w Czerniowcach 38,4; w Wiedniu 29,6; w Salcburgu 23,4; w Gracu 24,0; w Tryjeście 40,6; w Insbruku 14,1; w Pradze 38,5; w Bernie 32,8; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 37,8; w Warszawie 26,4; w Poznaniu 34,6; w Berlinie 21,9; we Wrocławiu 28,7; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 19,6; w Hamburgu 27,6; w Kolonii 21,8; w Lipsku 21,4; w Mnichowie 26,2; w Strasburgu 28,2; w Amsterdamie 22,5; w Brukseli 29,5; w Budapeszcie 33,7; w Chrystyjanii 19,8; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 19,6; w Odesie 30,8; w Paryżu 25,3; w Petersburgu 34,2; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 22,9; w Wenecyi 29,3.

J. B.

* **Cholera** pojawiła się mimo mrozów w Osieku w Slawonii. Wysłany z Zagrzebia protomedyk chorwacki Dr. Kaliwoda sprawdził 17 przypadków choroby, z których umarło 7 osób w przeciągu pierwszych 24 godzin.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lutego. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lekarskiego ustanowiono komisyję mającą obmyśleć następcę po prof. Mikuliczu. Do komisyi téj prócz dziekana wchodzą proff. Madurowicz, Rydel, Korczyński i Mikulicz. Na téměże posiedzeniu na wniosek prof. Teichmanna asystenta dotychczasowego przy katedrze anatomii opisowéj p. Filimowskiego przedstawiono Wys. Ministerstwu do zatwierdzenia na rok następny.

* Z przyczyn od redakcyi niezależnych Spis rzeczy zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lek. jako dotąd nie ukończony nie mógł być jeszcze rozesłany. Otrzymają go jednak pp. prenumeratorowie z pewnością pod koniec marca r. b.

* Dawny nasz współpracownik, Dr. Maks. Gumplowicz, który lat parę bawił w Indyjach w służbie holenderskiéj, powrócił temi dniami do Wiednia. Zbiór swój muszli, ryb, wężów i motyli z wysp Molukków gotów jest ofiarować jednemu z gabinetów rodzinnego swego miasta i w tym celu zażądał naszéj interwencyi. Mamy także nadzieję, że niezadługo będziemy w stanie podać w tygodniku naszym notatki lekarskie wprawnego jego pióra, do Indyj odnoszące się.

* Dr. Prus, drugi asystent kliniki lekarskiéj, otrzymawszy stypendyjum radzcy stanu Szklarskiego wyjechał do Paryża na czas dłuższy.

* *W. med. Presse* donosi w ostatnim numerze, że słynny klinicysta Piotr Krukenberg w Hali d. 14 bm. obchodzi setne swoje urodziny i że z tego powodu grona lekarskie gotują owacyje dla jubilata. Zdaje nam się, że redakcyja uległa mistyfikacyi. My Krukenberga już dawno zaliczamy do nieżyjących, a *Biographisches Lexikon* podaje, że umarł z raka d. 13go grudnia 1865 r.

* **Wiedeń**. Stan prof. Arlta niestety coraz bardziéj się pogarsza. Siły nikną, a tętno waha się między 46—60.

* **Wiesbaden**. W dniach 13—16 kwietnia odbędzie się tu 6ty Zjazd dla medycyny wewnętrznéj pod przewodnictwem prof. Leydena.

* **Bukareszt**. Jenerał Cantilli, zabójca Dra Schapiry, postawiony został przed Sąd wojenny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk**. Ponieważ Olshausen w Hali nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry po Credém, zaproszono prof. Zweifla z Erlangi, który wezwaniu uczynił zadosyć. — **Lyon**. Na opróżnioną w skutek rezygnacyi prof. Chauveau katedrę anatomii patolog. proponowani zostali Arloing i Rodet.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Henryk Fraenkel, lekarz miejski w Jordanowie, otrzymał posadę stałego asystenta w klinice ocznéj Dra Wicherkiewicza w Poznaniu i posadę tę obejmuje z d. 1 kwietnia r. b.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł Dr. Antoni Antecki, lekarz szpitala Dzieciątka Jezus, po dłuższéj chorobie licząc lat 49. Urodzony w Krakowie, tu kończył wszystkie szkoły i tu w r. 1862 otrzymał dyplom doktorski.

Zagadkowa choroba prof. Schrödera i po sekcyi, uskutecznionéj przez Virchowa, nie została dostatecznie wyjaśnioną. Według *W. med. Woch.* znaleziono wielki ropień mózgowy, który przebił się do jamy bocznéj mózgu i wywołał silne zapalenie. W ropniu znajdowały się dobrze utrzymane ciałka ropy, które według Virchowa nie istniały nad rok jeden, a więc ropień nie może pozostawać w związku z chorobą, którą nieboszczyk przed kilku laty przebył. Nadto w śródpiersiu przy wnęce płucnéj znaleziono nowotwór szczególny, po większéj części przyrody łącznotkankowéj, w środku którego było nieco ropy, a który wspólniczył z gardzielem; podobnego obrzęku Virchow nigdy jeszcze nie widział. Płuca były zupełnie prawidłowe.

W Würzburgu umarł d. 9 bm. Dr. Alojzy Geigel, prof. pedyjatryi i higijeny. Urodzony w r. 1829, był asystentem Bambergera, w r. 1856 habilitował się a w r. 1863 mianowany został prof. nadzw., w r. 1870 zaś prof. zwyczajnym. Znane są głównie jego dzieła o kile i higijenie. — Z Paryża dochodzi wiadomość o śmierci fizyjologa Juliusza Béclarda, profesora i dziekana Wydziału lek. Syn słynnego anatoma urodził się w Paryżu 17 grudnia 1818 r. od r. 1872 był profesorem a od r. 1873 stałym sekretarzem Akademii lek. Znane są zasługi jego na polu fizyjologii, histologii i higijeny. — W Paryżu umarł Dr. Teofil Gallard, członek Akademii lek. i jeden z najbardziéj zawołanych lekarzy stolicy, zasłużony autor dzieła o chorobach kobiecych i znany higijenista i lekarz sądowy. — W Strasburgu Dr. Sarrazin, były profesor dawnego Wydziału lek. francuskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 7: Ołtuszewskiego: Przyczynek do działania kw. mlecznego w gruźlicy krtani. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Zaleskiego: Żelazo i hemoglobina w wolnym od krwi mięśniu; Szadka: Krótkie sprawozdanie z 70 przyp róży; Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 bm. o godzinie 6éj wieczorem w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po wyczerpaniu programu z posiedzenia ostatniego (dyskusyi nad wykładami Dra Prusa o cholerze i Dra Górskiego), prof. Obaliński mówić będzie o gorączce moczowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Przy klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego opróżnioną jest posada II asystenta.

Ubiegający się o tę posadę winni złożyć podania w kancelaryi Wydziału lekarskiego najdaléj do dnia 25 lutego b. r.

Kraków d. 14 lutego 1887.

Browicz,
Dziekan Wydziału lekarskiego.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli“ w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 300 złr. i dodatkiem 50 złr. z funduszu powiatowego.

Podania wnoszone być mają do 10 marca 1887 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny. Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizyczníe a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 9 Lutego 1887 r.

L. 6540.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 złr. w. a, połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi, musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białéj. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, **najdaléj do ostatniego Lutego b. r.** do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1887 r. Burmistrz *Nahowski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 26 Lutego 1887. Nr. 9.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O resekcyi kiszki stolcowéj z powodu jéj wypadnięcia.

Podał
Dr. Czesław Górski,
operator w téjże klinice.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

4. Przypadek z kliniki prof. Billrotha według otrzymanéj historyi choroby:

Mateusz N., lat 45 liczący, wyrobnik z Bockfliess w Austryi dolnéj. Przed 20 laty przebył dur, przed 15 doznał złamania podudzia skutkiem przejechania. Jak dawno zapamięta przy każdym stolcu wydobywał się dolny odcinek kiszki, który zawsze sam się cofał. W 20ym roku życia część wypadająca była już 20cm. długa, mimo to stan ten nie przeszkadzał mu w ciężkiéj pracy. Zdaje się, że cierpienie jest dziedziczne w rodzinie, cierpiał nań jego ojciec, a również i czteroletni syn jest niém dotknięty. Przed 8 laty zdarzyło się, że po wypróżnieniu chory nie mógł odprowadzić wypadniętego kawałka i dopiero po kilku godzinach udało się to drugiéj osobie. Kał był zawsze wolny, a chory miewał wypróżnienie raz lub dwa razy dziennie. Przed dwoma dniami, t. j. 21/11 1884 r., chory nie mógł, jak zwykle, odprowadzić wypadniętéj części, a ponieważ w pobliżu nie było pomocy, przeto udał się do dworca kolei odległego o pół mili, Deutsch Wagram, gdzie robił zimne okłady. Wezwany dnia następnego lekarz próbował repozycyi, a gdy ona nie odniosła skutku, zgłosił się chory do szpitala.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, źle odżywiony. Narządy klatki piersiowéj i jamy brzusznéj nie przedstawiają zboczeń; głos chrypliwy. W miejscu przejścia błony śluzowéj odbytnicy w skórę wypukła się na zewnątrz dolna część odbytnicy i tworzy obrzęk kształtu gruszkowatego, wielkości główki dziecięcia, 13cm. długi, na którego dolnym końcu znajduje się podłużny, nieregularnie przeciągnięty otwór, prowadzący do światła wywróconéj kiszki. Badając palcem można wyczuć w wysokości rzyci pierścień zwężający, który odpowiada m. zwieraczowi zewnętrznemu. Powierzchnia obrzęku pokryta płatami szaro-białego, obumarłego przybłonka, mało bolesna. Przez napieranie może chory część kiszki wypadniętą jeszcze powiększyć, przyczém na powierzchni występują wynaczynionki. Od dwóch dni chory nie miał wypróżnienia, żali się na ciągłe nudności i utrudnione oddawanie moczu.

Dnia 26/11 1884 w położeniu cięcia pęcherza, po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego, odcięto wypadniętą część kiszki w wysokości zwieracza rzyci. Po przecięciu przedniéj ściany zewnętrznego jelita okazała się powierzchnia kiszki wewnętrznéj pokryta otrzewną. Teraz zeszyto kiszkę wewnętrzną z przeciętym już górnym odcinkiem kiszki zewnętrznéj i tak postąpiono w całym obwodzie, przyczém



w worku otrzewnowym po stronie prawéj okazała się część sieci, którą odprowadzono. Następnie odcięto kiszkę wewnętrzną i spojono szwem oba brzegi błon śluzowych. W jamę otrzewny pomiędzy szwy po stronie prawéj wprowadzono dren, drugi gruby włożono do kiszki odchodowéj. (W naszych przypadkach nie używano żadnych drenów). Opatrunek z gazy jodoformowéj i woreczków mchowych. Dwa razy dziennie *Tra Opii.*

27/11. Opatrunek zanieczyszczony skutkiem oddania stolca przestrzykano sączki 1% roztworem kw. karbolowego. Chory żali się na silne bóle w brzuchu. Ciepłota wieczorna 38·5°C. 1/12. Przy wypróżnieniu oba dreny wypadły; skutkiem rozejścia się szwów brzegi rany rozstąpiły się z przodu na 2, z tyłu na 7cm. Powstałą jamę przestrzykiwano słabym roztworem kw. karbolowego i wypełniano paskami gazy jodoformowéj. 7/12. Od trzech dni stan bezgorączkowy. Błona śluzowa odbytnicy zbliża się stopniowo ku dołowi. Jama poza kiszką znacznie się zmniejszyła; ilość wydzieliny bardzo nieznaczna. 14/12. Chory wyleczony opuścił klinikę. Część kiszki odcięta była 31cm. długa; dolny odcinek kiszki mocno rozszerzony, a ściany jego zgrubiałe.

Dla uzupełnienia podaję w streszczeniu przypadek, operowany i opisany przez Nicoladoniego. Dotyczył on 22-letniéj dziewczyny, która od sześciu lat cierpiała na zupełne wypadnięcie odbytnicy. Obrzęk kształtu kulistego był 8cm. długi, dawał przy wypuku odgłos bębenkowy, jako objaw, że pomiędzy obie ściany wywróconéj kiszki wsuwają się pętle jelita cienkiego. W lecie 1884 próbował Nicoladoni dwukrotnie energicznéj kauteryzacyi, aby tym sposobem, po utworzeniu się blizn sprowadzić zwężenie odbytnicy. Gdy ta próba pozostała bez skutku wykonał w lutym r. 1885 resekcyję w sposób zupełnie podobny do tego, jaki opisałem w trzech naszych przypadkach. I tutaj została otwartą otrzewna; kiszkę zeszytą reponowano, nie używając drenów. Przebieg następowy, mimo rozwolnienia, utrzymującego się przez pierwszy tydzień nie pozostawiał nic do życzenia. Chora po trzech tygodniach opuściła klinikę, a stan jéj zdrowia po kilku miesiącach był ze wszech miar zadowalający.

Nie wchodząc bliżéj w przyczyny tego cierpienia napotykanego dosyć często, chcę zwrócić uwagę na przypadki, w których wypada na zewnątrz już nie kilka fałdów błony śluzowéj, ale odbytnica w całéj swéj grubości. Choroba trwa zwykle lata; część wypadnięta zwolna ale stopniowo się powiększa, a pociągając za sobą otrzewnę jamy Douglasa, wytwarza worek dla przepukliny, w którą wsuwa się część sieci lub pętla jelita. Stan w wysokim stopniu przykry dla chorego, nie mało też trudności przedstawia dla terapii. Chcąc mówić o leczeniu odbytnicy wypadłéj odróżnić musimy przypadki, w których część kiszki wypada, ale każdéj chwili daje się odprowadzić, od tych, gdzie skutkiem znacznego obrzmienia albo zaburzeń w krążeniu repozycyja jest niemożebną lub wprost przeciwwskazaną i zabieg musi być doraźny, jako wskazanie żywotne, a które stoją na równi z inwaginacyją. Z przytoczonych przezemnie przypadków 2, 3, 5ty należą do grupy pierwszéj, 1szy i 4ty zaś do drugiéj. W przypadkach drugiego rodzaju nie można się namyślać co do sposobu postępowania. Usunięcie części uwięźniętéj jest tutaj konieczne, a obecnie można się tylko wahać, czy wykonać resekcyję i enterorafiję, czy użyć podwiązki elastycznéj. W niedawnéj jednak przeszłości terapija była niemal bezsilną w obec tego stanu. Jeszcze w ostatniém wydaniu dzieła *Éléments de Pathologie chirurgicale par Nélaton* (opracowaném przez Desprésa) z r. 1882 czytamy zdanie: *Les ressources de la chirurgie sont plus souvent impuissantes pour combattre cette affection.* Prof. Mikulicz (l. c.) ze względu na większe bezpieczeństwo chorego, gładszy przebieg i otrzymanie podatniejszéj blizny oddaje pierwszeństwo typowéj enterorafii, a otrzymane dotąd rezultaty stwierdzają słuszność jego wywodów. We wszystkich sześciu przypadkach (a wliczam tu przypadek poprzednio opisany przez prof. Mikulicza) nastąpiło zupełne wyleczenie chorych bez następowych powikłań.

Za pomocą elastycznéj podwiązki operował cztery razy Weinlechner i raz Hofmokl (*Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2 April 1886*). Pierwszy przypadek Weinlechnera dotyczył ośmiomiesięcznego dziecka i zakończył się śmiercią po czterech tygodniach skutkiem nieżytu kiszek. U dziecka trzechletniego wystąpiło po zagojeniu się rany zwężenie, które wymagało cztery miesiące czasu do wyleczenia. Trzecim razem u mężczyzny 43-letniego, gdzie *prolapsus* miał pierwotnie 17cm. długości, trzeba było wykonać operacyję po raz drugi, gdyż powtórnie wysuwał się na zewnątrz kawał jelita 13cm. długi.

Wykazuje więc doświadczenie, że operacyja za pomocą podwiązki elastycznéj nie jest zabiegiem zupełnie wolnym od niebezpieczeństwa, a w razie pomyślnym sprowadzić może późniéj pewne zaburzenia, jak zwężenie lub nawet powtórne wypadnięcie. Jakkolwiek statystyka nie może jeszcze pouczyć, któréj metodzie należy się pierwszeństwo, to przecież otrzymane wyniki przemawiają na korzyść resekcyi. Nadto jedna jeszcze okoliczność przemawia za resekcyją. W razie obecności przepukliny po dokonaném już odprowadzeniu nie zawsze można stanowczo wykluczyć, czy nie pozostała w worku otrzewny jeszcze jakaś pętla jelita. Założenie zaś w tym przypadku ligatury musiałoby pociągnąć za sobą jak najgorsze następstwa. Pod tym względem pewniejszym, niż Weinlechnera, jest już sposób Kleberga, tylko że zanadto jest skomplikowany. Wykonywając typowe wycięcie unikamy zupełnie i tego niebezpieczeństwa.

Jak skąpe posiadaliśmy dotąd wskazówki co do postępowania w obec niemożebności odprowadzenia jelita, tak znowu nie można się użalać na brak metod operacyjnych w celu leczenia wypadnięcia bez uwięźnienia, zmierzających albo do usunięcia rozciągniętéj i zbytecznéj błony śluzowéj, już też do zwężenia zbyt rozszerzonego otworu rzyci. Nie ulega wątpliwości, że energiczna kauteryzacyja błony śluzowéj lub wycięcie fałdów ze skóry rzyci według Dupuytrena, wreszcie wielkiego klina z błony śluzowéj i skóry sposobem Dieffenbacha w wielu przypadkach wystarcza do wyleczenia, zwłaszcza jeżeli cierpienie dotyczy głównie błony śluzowéj. Atoli w przypadkach daleko posuniętych zabiegi te prawie nigdy nie są wystarczające; że zaś liczba tych przypadków nie jest bardzo małą, świadczą najlepiéj słowa, które znajdujemy w chirurgii Königa (IV wyd., 1885, t. II, str. 463): *Eine Anzahl von Vorfällen, welche irreponibel verwachsen, oder auch bei starker Erschlaffung des Anus nicht zurückgehalten werden können, mussen eben als unheilbar betrachtet werden.* Poucza bowiem badanie, że wypadnięcie kiszki stolcowéj nie polega tyle na przedłużeniu i rozszerzeniu błony śluzowéj, która podrzędną tu odgrywa rolę, ile raczéj na naciągnięciu i zwiotczeniu mięśni ściany jelita, a co najważniejsza, mięśni i powięzi utrzymujących jelito w prawidłowém położeniu. W tych więc przypadkach całkowitego wypadnięcia odbytnicy typowa

resekcyja i enterorafija jest zupełnie usprawiedliwioną, daje bowiem niemal pewność wyleczenia a w obec wydoskonalonéj techniki nie naraża chorego bardziéj, niż operacyje dawniéj używane.

II. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator w szpitalu św. Zofii we Lwowie.

IV. Wycięcie odźwiernika z powodu raka.

Do niebardzo licznéj kazuistyki resekcyi żołądka pozwalam sobie dodać przypadek następujący.

M. B. kobieta, lat 58 licząca, z Winnik, cierpiała od półtora roku na przypady żołądkowe, objawiające się jako częste odbijanie, brak apetytu i bóle w kilka godzin po jedzeniu. Wymiotów nie było nigdy, kilka razy wystąpiły stolce czarno zabarwione. Chora chudła i słabła coraz bardziéj i z tego powodu przybyła do lecznicy po poradę. Badając ją wraz z Drem Janą, znalazłem w brzuchu w wysokości pępka guz wielkości pięści, o powierzchni nierównéj, twardy, przy ucisku bolesny, poruszalny we wszystkich kierunkach, najmniéj ku stronie lewéj, żołądek nierozdęty, kiszki próżne, brzuch zapadnięty. Płuca i serce zdrowe, mocz prawidłowy, wychudnienie bardzo znaczne. Rozpoznanie wahało się między rakiem żołądka a rakiem okrężnicy poprzecznéj, głównie z powodu braku objawów zwężenia odźwiernika. Jako jedyny sposób wyleczenia przedstawiono choréj operacyję, na którą się téż zgodziła. Przez kilka dni chora się kąpała. 2 dni przed operacyją dostawała tylko pokarmy płynne, a wieczorem przed operacyją wypłukałem żołądek kwasem salicylowym.

W dniu 15 grudnia przystąpiłem do operacyi przy łaskawéj pomocy Drów Rosnera, Wehra, Jany, Sielkiego i Tatarczucha. Przy ścisłém postępowaniu przeciwgnilném otwarłem jamę brzuszną w linii białéj tuż ponad pępkiem, guz dał się łatwo wyjąć na zewnątrz, poczém okazało się, że znajdował się w okolicy odźwiernika, szerzył się więcéj na żołądek niż na dwunastnicę i zajmował przestrzeń na 8 cm. W celu usunięcia go oddzielono najpierw sieć dużą podwięzując ją w pęczkach, poczém okazało się, że żołądek był mocno zlepiony z kiszką grubą, tworząc z nią prawie jednolitą całość, co też tłumaczyło bardzo dobrze trudności rozpoznawcze. Powoli i z wielką ostrożnością udało się odkleić kiszkę od żołądka, a ponieważ przytém ściana kiszki żywo krwawiła, nie potrzebowałem się więc obawiać obumarcia jéj ściany. Wreszcie oddzielono sieć małą i tym sposobem zwolniono guz od wszystkich połączeń. Popod oddzielony odźwiernik podsunięto czterogłowowy w kilkoro złożony kompres z gazy jodoformowéj. Końcami jego obwinięto żołądek i dwunastnicę, tak iż jama brzuszna została zupełnie zamkniętą, aby ochronić ją od możliwego zanieczyszczenia. Przy wyłuszczaniu powiększonego i już rozmiękłego gruczołu limfatycznego, który siedząc tuż koło żołądka utrudniał bardzo założenie uciskadła, wyciekło z niego kilka kropel ropy, które jednak natychmiast starto wacikiem, tak że nawet podłożona gaza jodoformowa z nią się nie zetknęła. Następnie założyłem uciskadło Wehra na żołądek i dwunastnicę na 1 cm. na zewnątrz od wyczuwalnych granic nowotworu i przeciąłem żołądek z góry ku dołowi i nieco skośnie, prawie do połowy. Z treści żołądkowéj nie wypłynęła ani kropla, a z przeciętych ścian żołądka tryskała krew w kilku miejscach, które podwiązano katgutem, poczém zaraz założyłem szew zwężający w ten sposób, iż najpierw zespoiłem szwem kuśnierskim błonę śluzową wciskając przytém jéj powierzchnię ku jamie żołądka, potém szwem węzełkowym zespoiłem błonę mięsną, a wreszcie szwem Lemberta błonę surowiczą. Teraz przeciąłem w kierunku pionowym resztę żołądka i dwunastnicę, przez co nowotwór został oddzielony. Żołądek i dwunastnica dały się do siebie zbliżyć, lubo z niejaką trudnością, a w celu zespojenia ich ze sobą postąpiłem w ten sposób, iż najpierw założyłem sześć szwów Lemberta na tylną powierzchnię dwunastnicy i żołądka, węzełki tych szwów przypadły na wewnątrz. Następnie w téj saméj rozległości zespoiłem błonę mięsną żołądka i dwunastnicy, potém założyłem szew kuśnierski na błonę śluzową w całym obwodzie, potém szew węzełkowy w przednią połowę błony mięsnéj żołądka i dwunastnicy, a wreszcie szwy Lemberta na przednią część błony surowiczéj, zważając przytém szczególnie na dokładne zespajanie się ścian w punkcie, gdzie szew zwężający schodził się ze szwem zespajającym. Teraz odjąłem uciskadło; natychmiast treść żołądka przeszła do dwunastnicy, na linii szwu nie pokazała się ani kropla cieczy. Wreszcie wzmocniłem całą linię szwu gęstemi i daleko sięgającemi szwami Lemberta, tak że wszędzie stykały się ze sobą powierzchnie otrzewny szerokie przynajmniéj na 1 cm.

Cały więc szew składał się właściwie z czterech rzędów, tj. szew kuśnierski błony śluzowéj, szew węzełkowy błony mięsnéj, powierzchowny i daléj sięgający szew Lemberta błony surowiczéj. Do szwu kuśnierskiego użyłem katgutu, zresztą najcieńszego jedwabiu.

W końcu wyjąłem podłożony pod żołądek kompres z gazy jodoformowéj — pole operacyjne wytarłem wacikiem zmaczanym w 5% karbolu, linię szwu posypałem jodoformem, odprowadziłem żołądek do jamy brzusznéj, którą zwykłym sposobem zamknąłem i założyłem opatrunek miernie uciskający.

Wyjęty kawałek żołądka miał wzdłuż dużéj krzywizny 9, wzdłuż małéj 7 ½ cm. Na przedniéj i dolnéj ścianie żołądka nowotwór dochodził aż do błony surowiczéj — cięcie od strony żołądka szło w saméj granicy nowotworu, od strony dwunastnicy został pasek szeroki na ¼—½ cm. zupełnie zdrowéj błony śluzowéj. Wewnętrzna powierzchnia nowotworu mocno rozpadła, tak iż zwężenia odźwiernika zupełnie nie ma.

Operacyja trwała blisko 3 godziny i zużyto koło 180 gramów chloroformu. Tętno 90 tylko, nieco słabsze niż przed operacyją. Chorą ułożono w ogrzaném łóżku i polecono połykać od czasu do czasu pigułki z lodu. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 84, mała bolesność w ranie zwłaszcza przy kaszlu. Chora dostała lawatywę z wina z dodatkiem 15 kropli nastoju makowca. Noc spokojna.

16/12 ciepłota 37·3, tętno 80 — od czasu do czasu odbijanie. Kaszel dość uporczywy. Chora dostaje pigułki z lodu i lawatywę z opijum.

17/12. Bez gorączki, tętno 86. Brzuch niebolesny, kaszel mniejszy. Podawano choréj mleko kwaśne po łyżeczce od kawy co 3 godziny i t. d. Wieczorem wstrzyknięto morfin.

20/12. Przebieg bardzo pomyślny, brzuch płaski, niebolesny, odbijania nie ma. Chora dostaje mleko, rosół, winną polewkę naprzemian co godzina łyżkę.

22/12. Wyjęto szwy wałeczkowe. Brzuch nieco wzdęty, gorączki nie ma, tętno 86.

27/12. Pierwszy stolec, bez bólów. Chora dostaje jajo na miękko i sos z potrawki.

30/12. Wyjęto wszystkie szwy. Rana *per primam*. W ciągu dnia stolec. Chora dostaje mięso skrobane.

Odtąd dostaje chora powoli zwykłe pokarmy. 25 dnia po operacyi wstała z łóżka, stan odżywienia poprawił się znacznie, a obecnie, t. j. w dwa miesiące po operacyi, operowana czuje się zupełnie zdrową, jada zwykłe pokarmy, oddaje się domowemu gospodarstwu, jak i przed operacyją. W okolicy żołądka nie można wyczuć żadnego stwardnienia lub obrzęku.

III. Leczenie kiły garbnikanem rtęciawym.

Podał
Dr. Karol Szadek
z Kijowa.

Ustalona od najdawniejszych czasów metoda leczenia kiły za pomocą wcierań maści rtęciowéj cieszy się do dziś dnia jeszcze największém powodzeniem i stosowaniem; obok niéj jednak w nowszych czasach powstało nowe lecznicze stosowanie przetworów rtęciowych, mianowicie podskórne ich wstrzykiwanie, posiadające w ostatnich zwłaszcza czasach coraz więcéj zwolenników, dzięki większéj ścisłości i dokładności w dozowaniu leku, którego cała ilość wprowadzona pod skórę dostaje się do krwiobiegu. Obok niezaprzeczonych zalet wymienionych sposobów leczenia kiły, posiadają obie te metody i ujemne strony; a oprócz tego nie zawsze możemy stosować wcierania lub zastrzykiwania, zwłaszcza w prywatnéj praktyce, w któréj niekiedy trzeba liczyć się z różnemi postronnemi względami. W takich zwłaszcza przypadkach, a także gdzie nie zachodzi potrzeba podawania większych ilości rtęci, w łagodnych postaciach kiły lub w jéj nawrotach znajduje zastósowanie użycie wewnętrzne przetworów rtęciowych. Ostatni sposób leczenia dogodny jest szczególnie w przypadkach przewlekłych, gdy musimy przez dłuższy czas podawać choremu rtęć. Wielu lekarzy praktycznych i niektórzy syfilidologowie, szczególnie we Francyi, przekładają wewnętrzne zadawanie przetworów rtęciowych nad wcierania lub podskórne wstrzykiwania (Fournier). Inni zaś radzą uciekać się do wymienionéj metody dopiero po przeprowadzeniu systematycznego okresu wcierań szaruchy lub wstrzykiwań podskórnych, uważając wewnętrzne stosowanie rtęci za przydatne tylko jako pomocnicze, uzupełniające leczenie w kile (Neisser). Niekiedy napotykamy szczególne wskazówki dla niezbędnego zadawania swoistych leków wewnętrznie, rozumiemy tu ogólne objawy kiły objawiające się nietylko na skórze i błonach śluzowych ust i połyku, lecz dotykające także błon śluzowych przewodu pokarmowego. Że podczas pierwszéj osutki kiłowéj często spostrzega się objawy zajęcia wewnętrznych narządów, a w téj liczbie i przewodu pokarmowego, o tém już oddawna wiemy; jakkolwiek zmiany chorobowe przewodu pokarmowego w przypadkach wymienionych, w okresie wczesnym kiły nigdy nie bywają groźnemi, zwykle zaś ograniczają się do powierzchni błon śluzowych i wkrótce zwykły mijać, zastósowanie wtedy wewnętrznego użycia przetworów rtęciowych jest wprost wskazaném już choćby ze względu na potrzebę miejscowego bezpośredniego działania rtęci na błonę śluzową żołądka i kiszek.

Wprowadzona w ostatnich czasach w użycie metoda leczenia kiły za pomocą dłuższego z małemi zaledwo przerwami stosowania przetworów rtęciowych (Fournier, Neisser), potrzebująca dla przeprowadzenia ścisłego od 2—4 lat, posługiwać się musi po większéj części wewnętrznem zadawaniem rtęciowych środków, jako najdogodniejszém leczniczém postępowaniem, które można długo stosować, nie narażając bynajmniéj chorego na rozmaite niedogodności, właściwe wcieraniom lub wstrzykiwaniom.

Użycie wewnętrzne przetworów rtęciowych, datujące od bardzo dawnych czasów, bo od XVII wieku, dotąd znajduje częste zastósowanie w kile; z liczby leków rtęciowych, które tą drogą wprowadzano do ustroju chorego, najczęściéj stosowano: kalomel, surnat, jodek i dwujodek rtęci w połączeniu z jodkiem potasu, że już pomijamy inne przetwory rtęciowe, mniéj używane i dziś prawie porzucone. Wszystkie wymienione przetwory rtęciowe posiadają wspólną ujemną cechę, mianowicie przy wewnętrznem stosowaniu wywolują łatwo zaburzenia przewodu pokarmowego, szczególniéj zaś dotyczy to surnatu, który nawet w małych dawkach zadany wywoluje często boleści w żołądku i biegunkę, podawany zaś przez dłuższy czas może wywołać długotrwające zaburzenia trawienia i inne objawy przewlekłego nieżytu przewodu pokarmowego. Z tych powodów często musimy zaniechać wewnętrznego stosowania rtęci i uciekać się mimowolnie do innych sposobów leczenia.

W obec powyżéj wskazanych ujemnych stron, jakiemi obciążone są znane dotychczas przetwory rtęciowe przy wewnętrzném ich stosowaniu, naglącém i koniecznem było wyszukanie takiego przetworu, któryby, posiadając wartość leczniczą innych środków rtęciowych, nie wywoływał ubocznego działania drażniącego na błony śluzowe przewodu pokarmowego. Jakoż w r. 1883 Lustgarten podał wiadomość o nowym przetworze rtęciowym, który zdawało się, że posiada niezaprzeczone zalety, gdyż nie łatwo wywołuje zaburzenia w żołądku i dobrze bywa znoszonym przez chorych. Lekiem tym jest garbnikan rtęciawy (*Hydrargyrum tannicum oxydulatum*), sporządzony przez Dra Lustgartena w pracowni profesora Ludwiga w Wiedniu; przedstawia się on w postaci zielonawo-żółtego bezwonnego proszku, nie posiadającego wybitnego smaku i zawiera 50% rtęci. Skład jego chemiczny: $Hg_2(C_{27}H_{19}O_{17})2$. Garbnikan rtęciawy otrzymano strącając roztwór azotanu rtęci roztworem garbnikanu potasu. Osad otrzymany przemywa się, następnie przesącza się i wysusza na powietrzu. Garbnikan rtęciawy nie rozpuszcza się w wodzie, przy cieplocie 35°—40°C. rozkłada się; roztwór kwasu solnego mało na niego oddziaływa, kwas azotowy zaś szybko go rozpuszcza i niszczy; związki alkaliczne, nawet znacznie rozcieńczone, rozkładają go, przytém rtęć osadza się w postaci niekształtnéj brunatnéj masy. Proszek garbnikanu rtęciawego należy do rzędu przetworów rtęci dość trwałych i przez długi czas nie psuje się. Lustgarten (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1884. Nr. 11—14) stosował wymieniony środek w 12 przypadkach kiły drugorzędnéj w klinice dermatologicznéj prof. Kaposiego w Wiedniu i otrzymał bardzo zadowalające wyniki: nowy środek przy stosowaniu go wewnętrzném nie wywoływał podrażnienia przewodu pokarmowego, jakto bywa przy wewnętrznem używaniu innych przetworów rtęciowych; po zażyciu szybko ulega wchłonieniu i w znacznéj ilości do ustroju, jak o tém przekonano się z rozbiorów moczu kiłowych, leczonych garbnikanem rtęciawym. Dziennie podawał Lustgarten po 0·3 *Hygri tannici* w opłatku z *Saccharum lactis* (po 0·1 trzy razy dziennie po jedzeniu). Nigdy nie spostrzegał on żadnych

objawów zaburzenia trawienia, pomimo że lek ten stosował czasem w ciągu kilku tygodni; brak drażniących własności tłumaczy Lustgarten obecnością garbniku w nowym przetworze.

Pomimo gorącego zalecania przez Lustgartena nowego przetworu rtęciawego, w pierwszéj chwili nie zwrócono na niego bacznéj uwagi, jak to dowodzi brak odnośnych sprawdzeń w 1884 roku. Zaledwo po upływie roku napotykamy artykuł, w którym Pauli ogłasza wyniki prób, które odbył z nowym lekiem stosując go w 13tu przypadkach kiły. Pauli zadowolony wprawdzie z osiągniętych skutków, zaleca jednak garbnikan rtęciawy, przeważnie w kile nawrotnéj, w postaci guziczkowéj i klykcinami objawiającéj się. Dziennie podawał według przepisów Lustgartena po 0·3 w proszku W kilku przypadkach w początku leczenia spostrzegał biegunkę, która w jednym z tych przypadków ustała po zaprzestaniu tego środka, w innych zaś dodanie do proszku 0·05 garbniku również usunęło zaburzenie przewodu pokarmowego. Pauli radzi podczas używania wewnętrznego garbnikanu rtęciawego dobrze odżywiać chorego i wystrzegać się jednoczesnego zadawania przetworów jodowych. Niekoniecznie korzystne wyniki co do działania tego leku na przewód pokarmowy, otrzymane przez Pauliego, dają się wytłumaczyć po części têm, iż autor ten stosował garbnikan rtęciawy w prywatnéj praktyce, gdzie, jak wiadomo, trudno o zachowanie przez chorych należnych ostrożności przy stosowaniu rtęciowego leczenia (Pauli, *Über Hydrargyrum tannicum. Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1884, Nr. 47).

Leblond podaje wiadomość o stosowaniu garbnikanu rtęciawego u 500 chorych z objawami drugorzędnéj kiły; otrzymane wyniki we wszystkich przypadkach były pomyślne. Biegunka wystąpiła tylko raz; ślinotok i rtęciowe zajęcie ust dwa razy (u jednego z tych chorych przedtêm przeprowadzono długą kuracyję wcierkami i wewnętrznêm użyciem jodku rtęci). Środek zadawany był wedle następnego przepisu:

Rp. *Hygri tannici oxydulati* 3·0
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. 60 *pil.*
S. po 2 pigułki 2 razy na dzień.

Czasami dawkę zwiększano do 0·3 na dzień, w dwóch zaś przypadkach stosowano po 0·4 co dnia. (*Du tannate de mercure dans le traitement de la syphilis. Gazette hebdomadaire de medecine et chirurgie*, 1885, Nr. 24).

Dornig z Lublany (*Über Hydrargyrum tannicum. Wiener medicinische Wochenschrift*, 1885, Nr. 27) stosował garbnikan rtęciawy u 18 osób z drugorzędną kiłą, (z tych było 7 mężczyzn i 11 kobiet) i otrzymał też zadowalające wyniki. Lek zadawano według przepisu Lustgartena w proszku z cukrem mlecznym; chorzy dobrze go znosili i nigdy nie uskarżali się na boleści w brzuchu; biegunki nie spostrzegano. W jednym tylko przypadku po 4-tygodniowêm użyciu *Hygri tannici* (8·17 gramów) chory zaczął uskarżać się na utratę łaknienia, w innych zaś przypadkach nie zauważono żadnego ubocznego działania na przewód pokarmowy. Wedle spostrzeżeń Dorniga w skutek użycia garbnikanu rtęciawego najłatwiéj ustępują osutki plamiste, grudkowe i krostkowe; również łuszczyca kiłowa dłoni i podeszew. W jednym przypadku zapalenia kiłowego tęczówki środek zawiódł oczekiwania i musiano wkrótce zaniechać dalszego stosowania garbnikanu rtęciawego i natomiast przejść do wcierań szaruchy.

Wypada wreszcie napomknąć o pomyślnych wynikach, otrzymanych przy użyciu *Hygri tannici* przez Pearsona (*Seventeen cases of syphilis treated with the tannate of mercury. Medical Times and Gazette*, 1885, II, str. 869, grudzień 26) i Tildena (*Some points in the treatment of syphilis. Boston medical and Surgical Journal*, 1885, 18 styczeń).

O raźnêm wchłanianiu do ustroju wymienionego środka wspomina Borowskij (*Russkaja medicina*, 1886, 23). Wymieniony autor badał chemicznie mocz u chorych kilowych, poddanych w klinice chorób kiłowych w Kijowie leczeniu rozmaitemi rtęciowemi przetworami (wcierania szaruchy, wewnętrzne użycie garbnikanu rtęciawego, podskórne wstrzykiwania mrówczanu rtęci, kalomelu itd.) i znajdował w moczu rtęć już na 2—3 dzień po wewnętrznêm zażyciu garbnikanu rtęciawego.

Na korzyść nowego środka rtęciowego przemawiają też nie mało wzmianki pochlebne o jego działaniu i zaletach, wypowiedziane w najnowszych podręcznikach chorób kiłowych. Lesser (*Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten*. Leipzig, 1886, str. 256) mówi, iż garbnikan rtęciawy przewyższa inne przetwory rtęciowe, gdyż nawet większe jego dawki (0·45) stosowane wewnętrznie znoszą chorzy bardzo dobrze i nie wywołują one zaburzeń przewodu pokarmowego; Lesser radzi stosować środek wymieniony w pigułkach i podaje następny przepis tychże: Rp. *Hydrargyri tannici oxydulati* 3·00. *Succi et pulv. liquiritiae āā* 1·5 *ut f. pil.* 60. *S.* 3 razy dziennie po 1—2 pig.

Pochlebną też wzmiankę o wewnętrznêm użyciu garbnikanu rtęciawego napotykamy w podręcznikach prof. Langa (*Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis*. Wiesbaden, 1886, str. 523) i Fingera (*Die Syphilis und die venerischen Krankheiten*. Wien, 1886, str. 178). Baumler zaś w ostatniêm wydaniu obszernéj swéj monografii o kile, znajdującéj się w podręczniku Ziemssena (*Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 3te, völlig umgearbeitete Auflage. III. Band. Chronische Infectionskrankheiten. Erster Theil. Syphilis.* Leipzig, 1886, str. 303) chociaż wspomina o nowym środku rtęciowym, zalecanym przez Lustgartena, i podaje sposób jego użycia, wstrzymuje się jednak od wypowiedzenia swego zdania co do wartości jego leczniczéj i przydatności w kile.

Pomyślne wyniki, otrzymane przez Lustgartena, Leblonda, Dorniga i innych, po wewnętrznêm stosowaniu garbnikanu rtęciawego w kile, zachęciły mnie do zastosowania wymienionego środka rtęciowego w tych przypadkach kiły, w których wskazanêm było wewnętrzne wprowadzenie rtęci do ustroju chorego przez żołądek.

Garbnikanu rtęciawego używałem w prywatnéj praktyce, stosując go wewnętrznie w 46 przypadkach (39 mężczyzn, 5 kobiet i 2 dzieci) kiły drugorzędnéj; wybierałem zaś przeważnie w tym celu przypadki z łagodnemi lub nawrotnemi objawami; w jednym zaś przypadku środek ten stosowałem w kile trzeciorzędnéj, znamionującéj się kilakowêm zajęciem skóry policzka, nosa i jamy ustnéj z przedziurawieniem podniebienia. W 20 przypadkach przeprowadziłem za pomocą wymienionego leku następowe leczenie po dłuższêm poprzednio stosowaniu wcierań szaruchy lub podskórnych wstrzykiwań innych przetworów rtęciowych; w 26 przypadkach garbnikan rtęciawy stosowałem w początkowym okresie kiły świeżéj drugorzędnéj, dotąd nieleczonéj jeszcze swoistemi środkami.

Garbnikan rtęciawy podawałem chorym bądź w postaci proszku według przepisu Lustgartena, bądź też i to najczęściéj w pigułkach wedle następnego przepisu:

Rp. *Hydrargyri tannici oxydulati* 4·00,
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. pil. 60.
S. Od 3—5 pigułek dziennie.

Zwykle zadawałem codziennie po 0·2—0·3 garbnikanu rtęciawego; dawka taka podzielona była na 2—3 części, które z osobna chóry zażywał zawsze po jedzeniu. Dzieciom w wieku od 2—5 lat podawano środek w dawkach 00·2—0·03 dziennie.

We wszystkich prawie przypadkach lek ten chorzy dobrze znosili; zaledwo w 5 przypadkach po dłuższém użyciu wystąpiły lekkie objawy podrażnienia żołądka mianowicie: uczucie ciężaru w dołku podsercowym, utrata łaknienia i rozwolnienie; w 3ch przypadkach w obec bezskuteczności garbnikanu rtęciawego musiałem zaniechać wewnętrznego jego użycia i przejść natomiast do innych sposobów leczenia (mieliśmy do czynienia z kiłą drugorzędną, z dość szybkim i uporczywym przebiegiem wyróżniającą się licznemi zmianami na skórze i błonach śluzowych).

(Dokończenie nastąpi).

IV. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

Od czasu, jak antiseptyka stała się myślą przewodnią terapii chirurgicznéj, a pod jéj osłoną technika operacyjna zyskała wiele na ścisłości i śmiałości, nic dziwnego, że pole działania chirurgicznego ogarnęło z jednéj strony zupełnie nowe dla siebie obszary, z drugiéj dziedzinę, dotąd uważaną za wyłączną własność medycyny wewnętrznéj. A jako chirurgija już w odległegléj starożytności wielką chlubiła się powagą, bo jéj *effectus inter omnes medicinae partes evidentissimus*, tak, gdy niebywale dotąd powodzenie chirurgii w ostatniém dziesięcioleciu wysunęło ją na czoło umiejętności lekarskich, nastała chwila, iż się niektórym zdawało, że dla chirurgii nie ma nic niedostępnego, a rola lekarza chorób wewnętrznych do bardzo skromnych zejść musi rozmiarów. Objawy te nie pozostały w ukryciu, owszem dały się słyszeć na zebraniach poważnych gron naukowych, ba nawet doprowadziły do tego, że z pewnego grona lekarskiego wyloniło się osobne towarzystwo dla medycyny wewnętrznéj z obawy podobno, aby ta część wiedzy lekarskiéj w skutek zbytnio wytyczonego kierunku chirurgicznego starego towarzystwa nie szwankowała (Berlin). Nie podlega wątpliwości, że zdobyte pod osłoną antiseptyki powodzenie nadało umiejętności lekarskiéj chirurgiczny pod wielu względami kierunek, atoli obawa dyktatury chirurgicznéj w medycynie płonną nam się być wydaje, gdyż pewność każdorazowego udania się aseptyki, na któréj tak bardzo polegamy, dotychczas matematycznéj nie ma podstawy i zależy nieraz jeszcze od okoliczności, niedających się obliczyć. A jeżeli wreszcie, czego się spodziewać należy, staniemy na téj idealnéj wyżynie, to i wtedy nie może być o tém mowy, aby najstarsza wprawdzie i najdostojniejsza córa blaskiem swoim zaćmić miała tę wspólną macierz, od któréj wzięła swój początek i na któréj swoją zbudowała chwałę; ale raczéj tryjumfalny swój pochód skierować musi ku temu celowi, aby z ramion macierzy zdjąć te zadania, które w danym okresie jéj rozwoju ona sama za niewykonalne dla siebie uważa. Wtedy, „endochirurgia“ stanie się uzupełnieniem medycyny wewnętrznéj, a idąc z nią ręka w rękę, rozszerzy zakres pomocy lekarskiéj i nowe dla wykonawstwa lekarskiego zdobędzie tryjumfy.

Jesteśmy już na téj drodze. Cały szereg chorób uważanych dotychczas przy lekowaniu wewnętrzném za nieuleczne, stał się podziśdzień przedmiotem terapii chirurgicznéj, a jak szybko pod tym względem zmieniają się poglądy, świadczy fakt, że dziś już do wyjątków należy lekarz, któryby choremu na otok opłucnowy pozwolił umrzeć bez operacyi. A przecież niedawne te czasy, kiedy nietylko tak zwani „nihiliści“ szkoły wiedeńskiéj, ale i terapeuci francuscy w zapaleniu opłucny ropiastém od początku do końca choroby innego jak wewnętrzne nie dopuszczali leczenia. Podobnie rzecz się ma z niektóremi chorobami trzew brzusznych, jak np. niedrożność jelit, nie mówiąc już o raku żołądkowym, którego terapija chirurgiczna, mimo swych olśniewających rezultatów, podziśdzień jeszcze u ogółu lekarzy najmniéj zyskała sobie uznania.

Przykłady te dowodzą, że endochirurgija, jakkolwiek jeszcze w powiciu, ma przed sobą przyszłość, a przyszłość ta zależy w znacznéj mierze także od rzetelnego współdziałania kolegów, którzy poświęcając część miłości własnéj na rzecz swoich chorych, dotychczasowy zakres swéj działalności częściéj i chętniéj przekazywać zechcą chirurgom, jako ostatecznym spadkobiercom tego, co terapeutyczna mizeryja nasza ochrzciła charakterystyczném mianem *medicorum crux*. W poglądzie, który Wam, szan. koledzy, przedłożyć zamierzam, o wyczerpaniu przedmiotu nie może być mowy, pragnę jedynie dotknąć niektórych pytań, będących według mego przekonania najbardziéj na czasie.

I.

Wskazania operacyjne w chorobach układu mózgo-rdzeniowego są przeważnie dziełem ostatnich dopiero lat. Trepanacyja czaszki jest wprawdzie operacyją bardzo starą, znaną podobno już u ludów przedhistorycznych, lecz tak jéj wartość lecznicza, jakoteż i wskazania do niéj ulegały z biegiem czasu różnéj krytyce, stosownie do tego, co przez tę operacyję zamierzano osiągnąć. Wreszcie i postęp nauki o chorobach mózgo-rdzeniowych, tudzież zdobycze dyjagnostyczne na podstawie lokalizacyi czynności mózgowych, nie mało się przyczyniły do docierania przez kości czaszki ku źródłu choroby. Tutaj należą: padaczka urazowa, choroby kości czaszkowych swoiste, a więc kiłowe, gruźlicze i inne sprawy chorobowe, których następstwem bywa obumieranie kości, tutaj wreszcie idyjopatyczny ropień mózgu.

Z pomiędzy chorób rdzenia pacierzowego szczególnie wiąd stał się swego czasu głównym przedmiotem leczenia chirurgicznego. Ostatecznie i porażenia skutkiem ucisku rdzenia pacierzowego przez odłamki kręgów należy tutaj policzyć.

Do kategoryi padaczki urazowéj chirurg tylko te przypadki policzyć może, w których charakterystyczne objawy wystąpiły z wielką pewnością po urazie czaszki, bez względu na to, czy objawy te wystąpiły bezpośrednio czyli téż w późniejszym dopiero czasie (nawet we 2 lata) po obrażeniu. Jako skutek urazu występuje wtedy ograniczone wgniecenie czaszki, zgrubienie kości lub wyraźna kostnina, blizna w czepcu głowowym itp. ślady urazu. Bergmann tylko w takich razach doradza trepanacyję, jeżeli przez ucisk błony da się wywołać napad epileptyczny; w ogóle zgodzić się można na to, że trepanacyja wskazana jest wtedy, gdy związek epi-

lepsyi z blizną w częściach miękkich lub w kościach jest choć nie zupełnie pewny, to przynajmniéj prawdopodobny.

Niebezpieczeństwo trepanacyi saméj, jako zabiegu chirurgicznego, w obec antiseptyki straciło wiele ze swéj dawnéj grozy. J. Walsham (*St. Bartholomews Hospital reports* Vol. VIII., Referat w *Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, str. 360) w statystyce swéj zestawił 82 przypadków trepanacyi przy zupełnie nietkniętych powłokach głowy, boć takie tylko mogą tu wchodzić w rachubę i znalazł pomiędzy niemi śmiertelność = 14,4%. Tenże sam autor (*Centralbl. f. Chir.*, 1884, str. 346. Ref.) zestawił także statystykę trepanacyi w padaczce urazowéj: z 82 przypadków 48 zupełnie wyzdrowiało, u 13 stan się poprawił, u 4 wcale się nie zmienił, a 17 zmarło; ze statystyki Königa (*Lehrbuch*, t. I, str. 121) zaś wynika, że na 94 przypadki trepanowane wyzdrowień było 54, umarło 22, u 3 nastąpiło polepszenie, a u 15 nic się nie zmieniło.

Jakkolwiek za wiarogodność całego powyższego materyjału statystycznego odpowiedzialności brać nie można, jednak wystarcza on na dowód, że zabieg chirurgiczny na przebieg téj rozpaczliwéj choroby zbawiennie wpłynąć może.

Umiejscowione bóle głowy także już stanowiły wskazanie do trepanacyi. W braku dostatecznéj jeszcze podziśdzień statystyki zadowolić się musimy faktem, że przy operacyi tu i owdzie jako prawdopodobną przyczynę bólów znaleziono zgrubienie kości na miejscu ograniczoném, odszczep wewnętrznéj blaszki kości czaszkowéj, dawną depresyję, przerosłe granulacyje Pachioniego i t. p., po których ostrożném usunięciu ból stanowczo ustąpił. Nie brakło wprawdzie i prób nieudanych ze zejściem śmiertelném, lecz dzisiaj w obec antiseptyki niebezpieczeństwa te znacznie się zmniejszyły, tak, że lekarz i w takich przypadkach z czystém sumieniem za operacyją oświadczyć się może. Wiesmann (*Deutsche Zschrift für Chirurgie* Tom. XXI i XXII) słuszną tu robi uwagę, że przecież w nerwicach n. troistego chorzy na bardzo energiczne decydują się operacyje, które w dodatku nietylko trwałego, ale często nawet przemijającego nie miewają skutku.

Choroby swoiste kości czaszkowych mogą się stać wskazaniem do trepanacyi, jeżeli leczenie wewnętrzne i dyjetetyczne nie skutkuje, a sprawa chorobowa kości grozi przejściem na błony sąsiednie. Sprawy kiłowe téj kategoryi, już przed wielu laty Bruns (*Die chirurg. Krankheiten u. Verletzungen des Hirnes und seiner Häute. Tübingen* 1854, str. 454.) bardzo starannie opracował, na trepanacyję zaś w gruźlicy kości czaszkowych, po dawniejszych pracach Nélatona i Rieda ostatniemi laty znów Volkmann (*Centbl. f. Chirurgie* 1880. str. 3.) zwrócił uwagę. Gruźlica tych kości różni się charakterystycznie od kiły, i na drodze wewnętrznego leczenia usunąć się nie daje, albowiem tutaj sprawa chorobowa nie ogranicza się do ropienia i sekwestracyi kości, lecz przechodzi z czasem na oponę twardą mózgu: wskazane więc jest nietylko wywiercenie małego zwykle w czaszce otworu, ale nadto oskrobanie błony twardéj z ziarniny gruźliczéj i jéj dezinfekcyja. U chorych, przez Volkmanna operowanych, bieg preperacyjny był prawidłowy, lecz V. na dowód uporczywości sprawy chorobowéj nadmienia, że szybkie zagojenie osiągnął zaledwie w połowie swoich przypadków, u reszty okazała się potrzeba energicznych przyżegań celem podniecenia zdrowéj ziarniny i zabliźnienia.

Od czasu, jak fizyjologija mózgu przyjęła zasadę lokalizacyi czynności mózgowych, według któréjto nauki pewna funkcyja organizmu zależy od pewnego, ściśle określonego miejsca kory mózgowéj, jesteśmy uprawnieni do wniosku, że podrażnienie, zmniejszenie się, lub zupełne ustanie pewnéj czynności, zależy od uszkodzenia lub zniszczenia pewnéj ściśle odgraniczonéj okolicy mózgowia. Ta fizyjologiczna zdobycz ostatnich czasów, acz sama dopiero w zawiązku, wielkie już dyjagnostyce spraw chorobowych, ucisk mózgu wywołujących, oddała przysługi. Do spraw tych należy i ropień mózgowy, z powodu którego już i dawniéj trepanowano czaszkę, lecz bez dostatecznych wskazówek co do umiejscowienia gniazda ropnego działano raczéj na ślepo, niż na podstawie pewnych danych. Nie mamy zamiaru wdawać się w szczegóły dyjagnostyczne, poprzestajemy na wzmiance, że przy rozpoznaniu ropnia mózgowego trzy główne etyjologiczne uwzględnić należy momenty. Ropień mózgowy powstać może z trzech przyczyn: rana części miękkich czaszki drążąca ku kości, sprawy zapalne i ropienie kości czaszkowych, a wreszcie ropień płucowy. Pierwsza z wymienionych przyczyn decyduje o ropniach mózgowych urazowych, ostatnia, a w części druga, wywołuje t. z. ropnie idyjopatyczne.

Mimo cennych wskazówek, jakie dzisiejsza dyjagnostyka ropni mózgowych zyskała w nauce o lokalizacyi czynności mózgowych, znane są badzo dobrze tak terapeutom jak i chirurgom ołbrzymie trudności w ścisłém oznaczeniu miejsca, kędy się ma znajdować ropień. Dla ilustracyi tych trudności przytoczymy pokrótce dość świeży przypadek, rozpoznany przez C. Wernickego a operowany przez E. Hahna (*Virchowa Archiw* 1882. Tom 87.) U 48 letniego mężczyzny, u którego przed 8 laty wystąpiły przemijająco objawy gruźlicy, pojawiła się hemiopija po prawéj stronie, w 4 miesiące późniéj znaczne porażenie prawéj nogi i lekkie porażenie prawego ramienia, nerw twarzowy, język, mowa w stanie prawidłowym. Następstwo objawów porażennych, tudzież ich charakter, kazały wnosić o ognisku w półkuli wielkiéj, posuwającém się z płatu tyłogłowowego ku okolicy ruchowéj półkuli mózgowéj. Wykluczywszy nowotwór a przypuściwszy ropień, wykonano trepanacyję ponad lewym płatem tyłogłowowym. Po wyświdrowaniu otworu Hahn zrobił nakłócie strzykawką Pravaza, lecz napróżno, ropy nie znalazł. Powtórna punkcyja na innem miejscu, wydobycie ropy, nacięcie na 4 cm. wgłąb mózgu, wypuszczenie około trzech łyżek stołowych ropy. Po operacyi stan ogólny się poprawił, a porażenia nieco ustępować zaczęły. Chory jednak umarł, a sekcyja wykazała, że ropień ten, natury gruźliczéj, mimo onkotomii rozszerzał się daléj i ostatecznie pękł ku lewéj komórce bocznéj, wywołując zejście śmiertelne w 10 dni po operacyi.

Przypadek opowiedziany należy do najszczęśliwszych, i gdyby był wcześniéj operowany, prawdopodobnie pomyślnie byłby się zakończył. Bluhm i Bergmann przytaczają cały szereg ropni mózgowych, wyleczonych za pomocą trepanacyi. W znacznéj atoli liczbie przypadków nietylko przy operacyi ropnia nie znaleziono, ale i cały zabieg operacyjny śmiercią szybką się zakończył. Sąto więc dotychczas śmiałe próby, nieraz szczęśliwym uwieńczone wynikiem, lecz wątpić nie można, że i tu powodzenie należy do przyszłości, któréj z tém większą otuchą oczekiwać należy, że rokowanie wobec ropnia mózgowego jest bezwarunkowo niepomyślném.

W roku 1879 ogłosił Langenbuch (*Berl. klin. Wochenschrift* 1879. 48.) przypadek wiądu rdzenia pacierzowego, w którym podług analogii praktykowanego już w nerwicach sposobu wykonał naciąganie nerwu kulszowego z pomyślnym skutkiem. Jakkolwiek interniści i neurologowie, a zwłaszcza berlińscy, początkowo z niedowierzaniem tę wiadomość przyjęli, a następnie nawet z wyraźnym przeciwko téj metodzie

wystąpili protestem; mimo to ze strony chirurgów (Esmarch, Socin i w. i.) nie brakło naśladowców, którzy się w ogólności korzystnie o naciąganiu wyrażali. W r. 1881 Langenbuch wystąpił z nową publikacyją, (Tenże sam tygodnik 1881. 24 i nast.) tym razem obejmującą spostrzeżenia na 34 osobach wykonane, a dotyczące różnych postaci chorób rdzeniowych, z których 22 przypadki samego wiądu rdzenia. Odtąd literatura tego przedmiotu znacznie urosła, a nie ma dziś prawie chirurga, któryby metody Langenbucha nie próbował, chociaż w ogólności przyznać należy, że rzadko komu tak szczęście służyło, jak samemu wynalazcy. Czy we wszystkich operowanych przypadkach choroba postępowała dośrodkowo, czy w czasie operacyi organizm rozporządzał jeszcze pierwiastkami nerwowemi zdolnemi do funkcyjonowania i czy za pomocą operacyi dało się jeszcze te pierwiastki wzmocnić, i tym sposobem pewną rekompenzacyję sprowadzić, oto okoliczności, według których rezultat operacyi oceniać należy. Przypadki téj rozpaczliwéj choroby, dostające się pod nóż chirurga, są zwykle tego rodzaju, że już w nich nic nie mamy do stracenia, a nikt téż przez operacyję nie zamierza usunąć choroby, lecz choćby tylko sprawić ulgę choremu, dla którego wszelkie wewnętrzne lekowanie bezskutecznem się okazało. Z tego już względu naciąganie wielkich pni nerwowych jest operacyją pożyteczną, zwłaszcza że sam rękoczyn przy dzisiejszéj metodzie leczenia ran nie jest niebezpiecznym. Że zaś i pod względem ściśle naukowym da się usprawiedliwić, zatém, mimo protestu niektórych neurologów, zdaje się przemawiać doświadczenie Brown-Séquarda, (*Gaz. méd. de Paris*, 1881. 5.) który przeciął żywemu królikowi rdzeń pacierzowy i gdy skutkiem tego powstała znaczna bezczułość przeciwległéj nogi zadniéj, Brown-Séquard naciągnął nerw kulszowy téjże zbezczulonéj strony, poczém czucie wróciło.

Porażenia i zbezczulenia odnóg, skutkiem ciśnienia odłamków kostnych na rdzeń pacierzowy po podskórnych złamaniach kręgów, także już były przedmiotem operacyjnego leczenia, jużto za pomocą naciągania (F. König) już téżto za pomocą resekcyi odłamków (Lauenstein *D. med. Wochenschrift* 1886. 24. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lek. hamburskiego z d. 29 czerwca 1886.). W obu razach nastąpiło znaczne polepszenie.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że Langenbuch wykonał naciąganie nerwów w kilku przypadkach świerzbiączki u starców z dobrym skutkiem. Przypominam wreszcie, że cały szereg nerwic podlega chirurgicznemu leczeniu, a za przykładem Hacka każdy specyjalista chorób nosowych ma coś do opowiedzenia o téj lub owéj formie nerwicy zwrotnéj, uleczonéj za pomocą „przypalania w nosie“, którato operacyja dziś u publiczności naszéj prawie modną się stała. Ogłaszają téż rzeczywiście zdumiewające rezultaty: toż niedawno czytaliśmy o wyleczeniu choroby Basedowa za pomocą przyżegania ciał jamistych nosa. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania

Patologija.

Virchow: **O obrzęku śluzakowym (Myxoedema)** (Według wykładu w berlińskiem Tow. Lek. d. 2 lutego b. r.)

Sprawa chorobowa w mowie będąca zajęła najpierw Towarzystwo klinicystów londyńskich, dopiero w ostatnich kilku miesiącach zaczęły się pojawiać spostrzeżenia odnośne, ogłaszane przez autorów niemieckich. Ta okoliczność, jak niemniéj to, że wiadomość o obrzęku śluzakowym nie jest dotąd wcale rozpowszechnioną, skłoniły Virchowa do zabrania głosu w téj sprawie i do zwrócenia uwagi świata lekarskiego na tę nową jednostkę patologiczną.

Zapatrywania na fizyjologiczną czynność gruczołu tarczykowego są do ostatnich czasów podzielone. Badania podjęte niedawno przez Horsleya w Anglii, skłoniły tego autora do pomieszczenia gruczołu tarczykowego na nowo w rzędzie narządów, wywierających wpływ na mięszaninę krwi, badania te jednak zasługują jeszcze z tego powodu na szczególną wzmiankę, że wykazują związek zachodzący pomiędzy gruczołem tarczykowym a sprawą chorobową, którą Ord w Londynie nazwał obrzękiem śluzakowym. Nazwa ta określa zmianę najbardziéj cechującą ów stan patologiczny, a mianowicie obrzęk twardy zajmujący lica, powieki, skrzydła nosa, wargi, schodzący często na szyję, ramiona i ręce. Przypadki podobne opisał Charcot pod nazwą *Cachexie pachydermique*, a treść obrzęku różni się od puchliny tych części wielką ilością mucynu, napotykanego stale w tworach obrzęku śluzakowego. Na preparatach drobnowidowych można się przekonać o bujaniu tkanki łącznéj, o pomnożeniu jąder i dzieleniu się komórek, tak że zwiększenie się objętości tkanin przypisać należy pomnożeniu się składników komórkowych. Jestto szczegół, który odróżnia stanowczo obrzęki śluzakowe od spraw biernych, wstecznych a mianowicie zanikowych, a nadaje im cechę spraw niejako czynnych, zbliżonych do spraw zapalnych.

Powierzchnia skóry nie bierze nigdy udziału w tych przemianach, zajmujących przedewszystkiem tkankę podskórną a tutaj wychodzących z pasm tkanki łącznéj. Cała sprawa chorobowa przypomina najwięcéj stany chorobowe zwane przez dawniejszych patologów: *Phlegmasia alba non dolens* lub *Leucophlegmasia*.

Na podstawie badania preparatów mikroskopowych nie można określić gdzie się właściwie gromadzi mucyn i jaką gra rolę wśród powstawania obrzęków śluzakowych. Horsley jednak wykazał zapomocą doświadczeń czynionych na małpach, którym wycinał gruczoły tarczykowe, że takowe popadają w stan osobliwy, któryby nazwać można mucynaemiją, w krwi bowiem tych małp wykazywał chemik Halliburton mucyn w ilościach 0·35 do 0·8‰, podczas gdy krew zwierząt nieoperowanych nie zawiera ani śladu mucynu. Horsley twierdzi daléj, że po wycięciu gruczołu tarczykowego zwiększa się uderzająco ilość mucynu w ślinie z gruczołu przyusznego, a w skórze, ścięgnach i mięśniach można również wykazać zwiększenie się ilości tego wytworu.

Te spostrzeżenia skłaniają Horsleya do twierdzenia, że gruczoł tarczykowy odgrywa w ustroju rolę regulatora przemiany materyi, i że zadanie tego narządu polega w szczególności na pośredniczeniu w przemianie istót białkowatych na produkta rozkładowe, po odjęciu zaś gruczoła tarczykowego ustaje owo pośredniczenie, w skutek tego téż ciała białkowate nie dochodzą do ostatecznych granic swego rozpadu lecz pozostają w postaci produktu pośredniego, t. j. mucynu.

Horsley dowodzi daléj, że krew przeładowana mucynem wywiera przedewszystkiem wpływ niekorzystny na ośrodki mózgowe, tym sposobem powstaje szereg zboczeń w zakresie czynności umysłowych, który ma wiele podobieństwa do matołectwa. Ludzie dotknięci obrzękiem śluzakowym z jednéj, a małpy operowane z drugiéj strony przedstawiają wiele podobieństwa do siebie. Chorzy siedzą jakby odrętwieli, zgięci ku przodowi, nie biorą udziału w tém co ich otacza, na pytania odpowiadają wprawdzie lecz dopiéro po chwili i

to głosem przytłumionym jąkając się. Te spostrzeżenia świadczą, że mózg tych ludzi spełnia wprawdzie swoje zadanie lecz nie bez przeszkód a przyczyną nieprawidłowości ma być niestosowna i chorobowo zmieniona mięszanina krwi.

Że pewne zmiany w gruczole tarczykowym towarzyszą bardzo często nieprawidłowościom w zakresie psychicznym, jest faktem od dawna stwierdzonym. Dawno już spostrzeżono, że endemiczny przerost gruczołu tarczykowego czyli wole zdarza się najczęściéj w tych samych okolicach, gdzie są stosunkowo licznemi przypadki matołectwa. I na odwrót spotyka się sporadyczne przypadki wola obok sporadycznych przypadków matołectwa, a nadto spostrzeżono we Włoszech, a zwłaszcza w Sardynii pewną odmianę kretynów nader podobnych do osób dotkniętych obrzękiem śluzakowym. Do wrodzonych nieprawidłowości zalicza się stan zwany „krzywicą wrodzoną“ niemający nic wspólnego ze zwykłą krzywicą a odznaczający się tém, że nieprawidłowościom w rozwoju kości towarzyszą nieprawidłowości w gruczole tarczykowym lub nawet brak tegoż. Zmiany w kostnieniu podstawy czaszki bywają przyczyną niedostatecznego rozwoju lub zaniku przysadki mózgowéj: narządu o utkaniu gruczołowém i podobném do utkania gruczołu tarczykowego, co do znaczenia którego i czynności fizyjologicznéj nic się dotąd nie wié.

Jak widać z niniejszego streszczenia zestawił Virchow w wykładzie swoim szereg faktów, które mają wspólną oś w gruczole tarczykowym lub w zmianach tego narządu. Autor świadom jest tego, że wzajemny związek tych faktów nie jest wcale wykazanym i że wykład jego jest właściwie streszczeniem i zestawieniem różnych spostrzeżeń luźnie dotąd stojących, ale jak sam w końcu podaje celem jego nie było tym razem przedstawienie słuchaczom obrazu nowéj zmiany chorobowéj wraz z wszystkiemi odnośnemi szczegółami, lecz jedynie zwrócenie uwagi szerokich kół lekarskich na badania będące w toku aby tym sposobem pomnożyć liczbę spostrzeżeń i przyspieszyć wykończenie tego nowego rozdziału w patologii ludzkiéj. Jakkolwiek mogłoby się zdawać, że przedmiot w mowie będący ma znaczenie ściśle naukowe, to jednak uwagi Virchowa zamieszczone w tym wykładzie, a odnoszące się do t. z. *cachexia strumipriva* Kochera i do choroby Basedowa dowodzą, że ta rzecz ma również doniosłe znaczenie praktyczne. Obydwa te stany chorobowe stanowią dotąd nie we wszystkich szczegółach znane i zbadane jednostki patologiczne, a że pewien związek pomiędzy niemi a obrzękiem śluzakowym przecież z czasem da się wykazać w to wątpić nie można. (*Berliner klin. Wochenschr. 1887.* Nr. 8.)

Σ.

Choroby wewnętrzne.

Dr. Landgraf: **O kateteryzacyi dróg oddechowych.** (Z kliniki prof. Gerhardta).

Zachęcony doświadczeniami Reicherta, który za pomocą swego przyrządu stosował środki lecznicze do tchawicy lub oskrzela prawego i lewego, L. u chorego z domniemaném zwężeniem lewego oskrzela starał się zastosować kateteryzacyję w celu mechanicznego leczenia tego zwężenia. Chory ten przedstawiał wszystkie objawy, które przemawiały za zwężeniem oskrzela lewego, a że przed 12 laty przebył kiłę, uzasadnioném więc było podejrzenie blizn w oskrzelu, które sprowadziły to zwężenie — tém bardziéj, że z wyjątkiem nieznacznego i ograniczonego stłumienia nad rękojeścią mostka nie było żadnych objawów tętniaka. Od czasu do czasu chory ten miewał silne napady duszności i nieraz zachodziła słuszna obawa, że w takim napadzie chory się udusi. Zastosowano wcierania z maści szaréj obok wewnętrznego używania jodku potasu, lecz wkrótce musiano ich zaniechać, ponieważ skutku żadnego po nich nie było, lecz przeciwnie chory na siłach podupadł i czuł się gorzéj. Napady duszności coraz częściéj się powtarzały i trzeba było chwycić się kateteryzacyi, jako środka, który jeszcze dawał nadzieję, że w ten sposób zwężenie zostanie usunięte. Po znieczuleniu krtani 20% rozczynem kokainu, a tchawicy 10% rozczynem zaczął L. co 2—3 dni wprowadzać kateter angielski, przypuszczając, że w ten sposób wynajdzie przedewszystkiém miejsce zwężone, a następnie wprowadzając coraz to grubsze katetery rozszerzy oskrzele zwężone. Chory zabieg ten znosił dobrze, czuł się po każdéj takiéj kateteryzacyi lepiéj i dla tego domagał się częstszego stosowania kateteru. Napady duszności bywały coraz rzadsze, a w końcu zupełnie ustały — tak że od 7 paźdz., t. j. pierwszéj kateteryzacyi do 20 marca miał napadów 8, a od 20 marca już ani jednego. Stan chorego znacznie się przytém poprawił, chory mógł swobodnie wszelkie ruchy wykonywać i nie doznawał przytém żadnych dolegliwości. W obec więc tego rozpoznanie zdawało się być pewném i chory ten jako uleczony był przedstawiony w klinice dnia 18 listopada. Należy jeszcze dodać, że początkowo kateter wchodził na 28 cm., a późniéj nawet na 36 cm. — licząc od zębów. Tymczasem dnia 23 listopada chory dostaje gwałtownego napadu duszności, z którego już nie mógł przyjść do siebie, a d. 25 listopada w klinice umarł. Oględziny pośmiertne wykazały tętniak aorty zstępującéj, który uciskał lewe oskrzele. L. pomimo tego pierwszego niekorzystnego zejścia zaleca kateteryzacyję w zwężeniach tchawicy lub oskrzeli z powodu blizn kiłowych, jak również stosowanie za pomocą kateteryzacyi środków leczniczych w przypadkach owrzodzeń lub ropienia w tchawicy i oskrzelach. Przed każdą jednak kateteryzacyją należy zupełnie znieczulić krtań rozczynem kokainu. (*Berl. Klin. Wochschr.* 1887, Nr. 6).

Dr. J. Surzycki.

Dr. Gehrman: **Systematyczne odzwyczajanie się od środków przeczyszczających.**

Dr. G. przypisuje wiele chorób nerwowych ciągłemu używaniu środków czyszczących, szczególnie u dzieci i osób młodych. Chcąc więc takie osoby odzwyczaić od ciągłego używania tych środków G. przeprowadzał osobne w tym celu leczenie. Przedewszystkiém chorym takim nie wolno było jeść chleba, bułek, pokarmów mącznych, jarzyn i kartofli. Za to kompoty i owoce w miernéj ilości mógł chory spożywać. Wolno mu więc było ze stałych pokarmów jeść mięso i to nietłuste, jaja, ryby i sér — z płynnych zaś kawę, herbatę (nawet u nerwowych), kakao, bulijon i wino białe. Wzbroniono mu nadto: mleka, wina czerwonego i wszelkich napoi wyskokowych. W lżejszych przypadkach stosowano przytém 2—3 razy dziennie rozcierania brzucha balsamem Hoffmanna, w ciężkich zaś używano *Ol. Hyoscyam coct. c. Chloroformio āā* i następnie na cały brzuch dawano ceratę gutaperkową. W jeszcze cięższych przypadkach nadto stosowano 2 razy na dzień gorące worki z piasku na cały brzuch. Wewnętrznie podaje się albo *Tinct. chin. comp.*, albo *Tinct. cort. aurant.* po 30—40 kropli przed każdém jedzeniem lub też *Pulv. radd. Rhei chin. 1·0, Extr. Trifol. fibr. q. s. ut f. pil. 10*, z tego jednę pigułkę przed obiadem. Podczas całéj kuracyi brzuch powinien być obwinięty opaską wełnianą. Kuracyja taka trwa do 4—6 tygodni i w tym czasie powoli przechodzi się do innych pokarmów i coraz mniéj podaje się środka przeczyszczającego. Jak tylko bez środka czyszczącego

nastąpiło dwukrotne wypróżnienie, wtedy można choremu pozwolić nieco chleba, potém i mleka i jarzyn, ale w niewielkiéj ilości i w ten sposób przechodzi się do zwykłego pożywienia. Naturalnie, że należy działać na chorych i psychicznie, uprzedzając ich, że z początku stolce nastąpią zaledwie co 3—4 dzień. We wszystkich przypadkach osłabienia przewodu pokarmowego rezultat takiéj kuracyi był bardzo dobry — tylko gdzie zmiany w jelitach były znaczniejsze tam i podobne leczenie pozostawało bez skutku. *(Berl. Klin. Wochschr.* 1887 Nr. 6). *Dr. J. Surzycki*

Chirurgija.

Prof. Vian (w Paryżu): **O znieczulaniu miejscowém zapomocą wstrzykiwań kokainy i kwasu karbolowego w dziąsła, w celu wyjmowania zębów.**

W październikowym zeszycie czasopisma dentystycznego *„l'Odontologie"* opisuje prof. Vian sposób znieczulania miejscowego, za pomocą kokainy i kw. karbolowego, zasługujący w każdym razie na uwagę i dla tego pozwalam sobie w krótkości podać treść tego artykułu.

Pomimo zdania licznych powag, że kokaina nie zdobędzie sobie nigdy prawa obywatelstwa w dentystyce, rozpoczęło kilku profesorów szkoły dentystycznéj w Paryżu doświadczenia z kokainą. Między innymi widział prof. Aubeau, po użyciu tego środka, niemałe korzyści, gdyż używając tamponów zwilżonych rozczynem 5—7% kokainy, a następnie zamrażając eterem dziąsła wywoływał w zapaleniach ostrych okostny, znieczulenie zupełne (*l'Odontologie*, Styczeń 1886).

Witzel sprowadza ogólną anestezyję; lecz na 8 przypadków w dwóch wystąpiły bardzo niepokojące zaburzenia ogólne. Vian tedy zastanawiał się nad tém, czyby się nie dało oznaczyć najmniejszéj dawki kokainy, któraby sprowadzała znieczulenie, bez wywołania groźnych następstw?

Dr. Aubeau wstrzykiwał rozczyn 5% t. j. cała wstrzykawka zawierała 5 centigr., atoli w tych przypadkach, gdzie korzenie były mocno osadzone, lub wyjęcie zęba trudne, znieczulenie okazywało się niedostateczném.

Telschow wstrzykiwał 10 centigr., dawkę bardzo silną, rezultat był dobry co do operacyi, lecz w bardzo wielu przypadkach pojawiły się groźne zaburzenia ogólne.

Wśród ciągłych doświadczeń nad oznaczeniem najmniejszéj dawki kokainy nasunęła się myśl Vianowi, połączenia kokainy z innym środkiem miejscowo znieczulającym, któryby powiększył działanie kokainy bez wywołania ogólnych zaburzeń. Tym środkiem jest kw. karbolowy, a własności jego znieczulające są ogólnie znane. Wiadomém jest, że w przypadkach, w których podniebienie jest przy dotyku tak drażliwe, że o wzięciu odcisku nie można myśléć (w celu wprawienia zębów), gdyż chory dostaje zaraz nudności, zalecane płukanie wodą karbolową w krótkim czasie podniebienie znieczula, a dotknięcie nie sprawia więcéj nudności! W jednym tylko przypadku smak był przez parę godzin upośledzony. Opierając się na powyższych zasadach przyrządził Vian rozczyn z 2-ch gramów kw. karbolowego krystal. na 100 gram. wody destyl. i wstrzyknął lek pomieniony po 50 centigr. p. d. dwom pacyjentom w dziąsła; nastąpiło znieczulenie dostateczne do przecinania i nacinania dziąseł, bez wywołania bólu. Przekonał się tedy, że znieczulenie dziąseł kw. karbolowym bardzo jest podobne do anestezyi wywołanéj przykładaniem tamponów zwilżonych rozczynem kokainy. Po tém doświadczeniu próbował zmięszać kokainę z kw. karbolowym i w tym celu wziął: 1 część kwasu karbolowego i 2 części kokainy, ogrzawszy lekko tę mięszaninę otrzymał ciecz ulepkowatą woni kw. karbolowego. Przyłożywszy trochę téj cieczy na dziąsło lub język uczuł z początku ciepło i smak kw. karbolowego; po kilku sekundach smak kw. karbolowego znikał, a pozostawał tylko smak kokainy; język zaś był zupełnie znieczulony. Miał więc połączenie, które odpowiadało jego wymaganiom. Rozpoczął tedy Vian doświadczenia w następujący sposób biorąc 1) *Acid. carbol. crystal. 2,0 Aq. destill. 100,0.* 2) *Cocain. hydrochl. 0,05. D. tal dos. X.* Już przed użyciem rozpuszcza 5 centigr. kokainy w 50 centigr. rozczynu kw. karbolowego. Połowę tego płynu wstrzykuje zwolna w dziąsła po stronie wargowéj, a drugą połowę po stronie językowéj lub podniebiennéj; i to w miejscu, będącém pomiędzy szyjką zęba a domniemanym końcem korzenia, mniéj lub więcéj 2 — 3 mm. nad tym końcem. Palec lewéj ręki trzyma na miejscu nakłutém, ażeby nic z płynu nie wyciekło. Następnie zakłada tampony z waty, ażeby zapobiedz dostaniu się leku do przewodu pokarmowego lub do tchawicy, poczem poleca popłukać usta. Po 3 minutach dziąsła są zupełnie znieczulone, a głębokie nawet ukłucie nie sprawia żadnego bólu. Pomiędzy 5-tą a 6-tą min. wyjmuje ząb.

Skutek tego postępowania jest zawsze zadowalający, i nigdy nie powstają zboczenia ogólne. Wstrzykiwal nawet u jednéj i téj saméj osoby dwa razy i na jednem posiedzeniu kokainę, biorąc po 5 centigr. na każdą stronę, jeżeli z obu stron zęby były do wyjęcia; a więc razem 10 centigr. i również bez żadnych złych następstw. Dotąd operował w ten sposób 71 osób zawsze z jak najlepszym skutkiem — nawet dzieci od 7-miu lat.

Takim jest sposób znieczulania prof. Viana, który mnie bardzo zajął, a to tém więcéj, że od dawna było jedyném mojém życzeniem, wywołanie miejscowego znieczulenia podczas ekstrakcyi, jako najodpowiedniejszego dla téj właśnie operacyi. Dla tego rozpocząłem zaraz doświadczenia, których wypadek podaję. W powyższy sposób wyjąłem dotąd: 51 zębów; w 37 przypadkach ekstrakcyja odbyła się bez najmniejszego bólu, w 10 przypadkach ból był bardzo mały, w 4 przypadkach bolało wyjęcie zęba. Zastanowiwszy się bliżéj nad temi 10 przypadkami, w których miał powstać ból mały, jakkolwiek chorzy nie krzyczeli,, zaliczyć by je można do przypadków pomyślnych, gdyż na zapytanie moje, czy bolało, chorzy odpowiadali: „troche" — „bardzo mało" — „prawie nic" i t. p. Otóż trzeba pamiętać, że chory jest przytomny, a zatém wie, jak mu się ząb luksuje, — ale bólu nie czuje. W liczbie wyjętych zębów i korzeni były niektóre bardzo trudne do wyjęcia; niektóre zaś tak mocno osadzone, że trzeba było wielkiéj używać siły do ich wydobycia; gdyż z zębami chwiejącemi się nie robiłem doświadczeń. Co do 4 przypadków, w których wyjęcie zęba bolało, przypisuję to niedokładnemu wstrzyknięciu płynu, tém bardziéj, że zdarzyły się one na początku doświadczeń; w ostatnich 2 tygodniach, wszystkie przypadki były pomyślne.

Przy téj sposobności niech mi będzie wolno zrobić uwagę, że skutek znieczulenia zależy od dobrego wstrzyknięcia i nawet do tego rękoczynu trzeba mieć nieco wprawy. Przedewszystkiem igła powinna być bardzo ostra i cienka, wstrzykiwać należy powoli, ażeby wszystko weszło. Nie potrzebuję dodawać, że strzykawkę należy po każdorazowém użyciu wypłukać, a igłę odwietrzać. Wreszcie oczyszczam zwykle miejsce, w które lek wstrzykujemy, zwitkiem bawełny; a jeżeli w jamie ustnéj są inne zmiany chorobowe, zwitkiem zmaczanym w rozczynie sublimatu. Jak dotąd nie uważa

lem żadnych złych następstw z użycia wstrzykiwań znieczulających.

W końcu pozwolę sobie wspomnieć o przypadku, który mi się zdarzył przed paru dniami. Pacyjentowi 16 letniemu, miałem wyjąć ząb dwukłciowy drugi, w szczęce górnéj, po stronie prawéj. Ponieważ ząb był mocno osadzony, chory się bał, a ekstrakcyja byłaby rzeczywiście bolesną, — przeto użyłem kokainy z kwasem karbolowym. Po 3 minutach dziąsła były zupełnie znieczulone i po 5-ciu minutach wyjąłem ząb. Mimo wezwania, ażeby sobie usta wypłukał, chory siedział nieruchomy z otwartemi ustami, źrenice znacznie rozszerzone, puls normalny; dopiero po drugiém zawołaniu chory się ocknął, i zaraz przyszedł do siebie, nie wiedząc nawet, że ząb już był wyjęty.

Na zasadzie tedy moich dotychczasowych doświadczeń śmiało twierdzić mogę, że kokaina zajęła znakomite miejsce w dentystyce, gdyż jako środek miejscowo znieczulający przewyższa wszystkie dotąd używane leki, a uwzględniając korzyści, jakie z zastósowania tego nowego środka osiągamy, mianowicie, że chory nieczując bólu siedzi spokojnie, co znów ułatwia wyjęcie zęba z tém większą pewnością, muszę go wszystkim kolegom zawodowym jak najgoręcéj polecić.

Doc. Dr. Goebel.

Psychijatryja.

Lehmann: O korzystnym wpływie chorób fizycznych na przebieg chorób umysłowych.

L. opisuje dwa przypadki chorób fizycznych u osób dotkniętych chorobami umysłowemi i stara się udowodnić, że wyleczenie zboczenia umysłowego w obu tych przypadkach przypisać należy przebytéj chorobie a mianowicie w przypadku pierwszym zapaleniu różycowemu skóry na głowie, w przypadku drugim krwotokowi żołądkowemu. Spostrzeżeń tego rodzaju jest bardzo wiele, najczęściéj miały zbawienny wpływ wywierać choroby ostre gorączkowe, dotąd jednak nie ma jeszcze jedności zapatrywań co do sposobu w jaki następuje ów korzystny wpływ. Rath, Griesinger, Liebermeister i inni przypuszczali, że jad durzycowy ma wywoływać w pierwocinach mózgowych pewną zmianę bliżéj nieokreśloną, która ma za następstwo korzystną zmianę stanu umysłowego, takie same własności możnaby przypisać jadowi różycowemu. Autor jednak jest skłonniejszy do przypuszczenia, że w tych przypadkach raczéj gwałtownym zmianom przypisać należy ów wpływ zbawienny, albo też zgodnie z Fiedlerem położyć to działanie na karb towarzyszącego stanu gorączkowego.

W drugim przypadku opisanym przez L., w którym znaczny krwotok żołądkowy sprowadził wyleczenie umysłowo choréj, przypuszcza L., że zapewne znaczna niedokrewność mózgu sprowadziła równowagę w czynnościach psychicznych, albo też w korzystnym zwrocie pośredniczył pewien wstrząs układu nerwowego. (W każdym razie opisy autora stanowią cenne przyczynki kazuistyczne, na podstawie których będzie można może w przyszłości zbliżyć do rozwiązania pytania co do związku przyczynowego pomiędzy przebiegiem choroby fizycznéj a umysłowéj. To jednak pewna, że nie wszystkie przypadki dotąd ogłoszone, będzie można w przyszłości zużytkować celem ustanowienia pewnych prawideł gdyż, wyleczenie z choroby umysłowéj może nie stać w żadnym związku z chorobą fizyczną, która wyzdrowienie poprzedziła. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* T. 43 z. 3, 1886). *Dr. Schaitter.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 5 listopada 1886.

Obecni: koledzy prezes Kaczorowski, Koszutski, Chłapowski. Kapuściński, Jerzykowski, Stan i sekretarz.

Kol. Koszutski podnosi częste zapalenia gardła, pomiędzy temi i dyfteryjne, ze skutkiem leczone zapomocą metody swojéj kalomelowéj. Daléj widuje często przypadki szkarlatyny saméj i powikłanéj z dyfteryją, w któréjto chorobie antipiryn znakomite oddaje mu usługi. Kol. Wicherkiewicz podnosi skuteczność tego środka w ponawiających się chwilowo dość często nerwobólach nerwu troistego. Już dawki 0,5 grama 2 razy dziennie podawane wystarczają częstokroć do usunięcia zupełnego lub chwilowego silnych nawet bólów. Kol. Koszutski przypomina, iż Gołębiowski poleca antipiryn przeciw gośćcowi. Kol. Kaczorowski uważał, że pod wpływem środka tego w zapaleniach płuc przez innych lekarzy przepisywanego gorączka bardzo rączo ustępowała, ale że równocześnie chorzy łatwo objawom duszenia się ulegali. Kol. Jerzykowski podaje w zapaleniach wewnątrz-macicznych popołogowych antipiryn rano i wieczorem trzy razy co godzina po 1 gramie i chwali skuteczność. Kol. Stan podał choremu dotkniętemu różą 2 gramy antipirynu, który wywołał wymioty bardzo silne, uśmierzone dopiero jodkiem potasowym.

Kol. Kaczorowski wspomina o pracach Powera i J. Połloka (the Lancet 15/5 i 6/3 1886) odnoszących się do kilku epidemij płonicy, których pojawienie się odnieść było można do mleka pochodzącego od krów, u których na wymionach znaleziono pokłady grzybków składających się z rodzaju *streptococcus*. Doświadczenie to jest przestrogą, ażeby mleka surowego nie używać.

Następnie kol. Chłapowski wspomniał o przypadku nader ciekawym bąblowicy płuc, nad którą w 1879 r. w Berlinie miał sposobność robić swe spostrzeżenia. Kobieta średniego wieku którą uważano za suchotnicę na podstawie objawów płucnych, nadzwyczaj wychudła, dostaje krwioplucia, a przywołany kol. Ch. znalazł w wyplutéj krwi ślady bąblowca. Podał więc choréj środki wymiotne, pod wpływem których dużo bąblowców wyrzuconych zostało, które kol. Ch. przedłoży łzgromadzeniu. Chora zaczęła szybko przychodzić do sił i po niejakimś czasie zupełnie wyzdrowiała.

Daléj mówił kol. Chłapowski o porażeniach wtórorzędnych rdzeniowych. Kol. Ch. poprzedza opis „przypadku porażenia odruchowego wywołanego cierpieniem chroniczném kanału pokarmowego“ poglądem na tworzenie się teoryi porażeń zwrotnych czyli odruchowych powstałéj w Anglii, rozwiniętéj następnie w Niemczech z uwzględnieniem fizyjologicznych doświadczeń robionych w ostatnich czasach dla wytłumaczenia przenoszenia się zapaleń przez nerwy odnośne z organów drażnieniu i zapaleniu uległych na ośrodki i zatrzymuje się szczególnie nad doświadczeniami Feinberga z Kowna i Klemma z Królewca. Przytoczywszy daléj opisywane przypadki nieuleczonych porażeń następnych przy cierpieniach dróg moczowych, w którychto przypadkach badanie pośmiertne zwłok przekonało o takiém przeniesieniu zapalenia przez nerwy pęcherzowe na odnośne części rdzenia, przechodzi następnie do bardziéj przemijających objawów porażeń następnych przy cierpieniach kanału pokarmowego, obserwowanych pierwszy raz przez Gravesa, a w ogóle dosyć częstych, dających się wytłumaczyć odruchowém porażeniem nerwów naczynioruchowych. Następnie opisuje szczegółowo w podobny sposób dające się wytłumaczyć porażenie przemijające poprzeczne albo połowicze, tak często się zdarzające u osób cierpiących na krwawnice, t. z. *irritatio spinalis abdominalis.* Zmienność objawów w tych ostatnich, zależność wielka natężenia tych objawów od wpływów zewnętrznych, i od energii woli chorego, zwykle hipochondrycznie usposobionego, wystarcza do scharakteryzowania i odróżniania tych t. z. dyspeptycznych porażeń od trwałych, na zmianach organicznych polegających. W przypadku tyczącym się mężczyzny rosłego, muskularnego (dyrektora żeglugi parowéj) w sile wieku dawniéj zawsze zdrowego, od 3 lat cierpiącego na nieżyt kiszki grubéj, a następnie na jej atonię,

chory przedstawiał także przemijające paraplegiczne objawy do tego stopnia, że o pewnych godzinach dnia zupełnie chodzić nie mógł. Prócz tego zauważyć było można wyraźną z czasem rozwiniętą atrofiję odnóg dolnych w porównaniu do reszty muszkulatury; atrofija ta uderzała mianowicie u odnogi dolnéj prawéj. U chorego tego inne przyczyny powstania porażenia jako też brak energii woli można było wykluczyć. Pobyt 8 tygodniowy w Kissingen, leczenie przyczynowe, mające na celu polepszenie czynności żołądka i kiszek, a nadto leczenie wprost skierowane ku usunięciu następnego porażenia za pomocą kąpieli, ortopedyi, mięśienia i faradyzacyi, osiągnęły skutek dodatni. Chory nietylko już sam chodzić mógł swobodnie, ale nawet w przeciągu kilku tygodni objętość łydki i uda, mianowicie po prawéj stronie, o parę cm. wzrosła. Z leków wewnętrznych podawano choremu przytem ergotynę. Pytanie, czy w tym przypadku obok zmian przemijających w naczyniach odnośnych części rdzenia a zależnych od podrażnienia błon śluzowych kanału pokarmowego i od zastoju w żyłach hemoroidalnych i t. p przypuszczać należy stałe zmiany w rdzeniu samym lub tylko w tkance łącznéj otaczającéj twardą oponę rdzenia (*peripachymeningitis*), było w obec niedostatecznych dat anamnestycznych, dotyczących najpierwszych objawów porażenia, którego następstwem był zanik mięśniowy, nierozstrzygniętém, choć z przebiegu pomyślnego przypuszczaćby wypadało, że do zaniku mięśniowego doprowadziło tu jedynie przeniesienie się zapalnego procesu przez nerwy do tkanki przyoponowéj rdzenia (*Neuritis et Peripachymeningitis*).

Kol. Kaczorowski wspomina, że podobne do przytoczonych przez prelegenta przypadków spostrzega w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia, a chwilowo ma pod opieką cztery, z których zda sprawę na następném posiedzeniu. Nadto podnosi, że drażnienie płciowe, mianowicie u kobiet. wywoływać może porażenie zwłaszcza dolnych odnóg.

Kol. Wicherkiewicz mówi o sposobie powstawania jaskry zapalnéj z jaskry prostéj przez działanie atropinu i przytacza przypadek, niedawno przez siebie obserwowany, gdzie przy chwilowym braku wszelkich objawów jaskrawych w oku dotkniętém zaćmą, w skutek któréj wzrok obniżony był tak dalece, że chora, 66 letnia żydówka, rozpoznawała tylko palce bezpośrednio, wywołał typową zapalną jaskrę przez zapuszczenie kropelki $^1/_2$ $^0/_0$ roztworu atropinowego, dokonane w celu zbadania rozwoju zaćmy. Przez zastrzykiwanie częste ezerynu, głównie zaś przez podskórne zastrzyknięcie morfinu, udało się kol. W. usunąć zupełnie stan zapalny jaskry, poczém wzrok osiowy podniósł się do 6/18 Hp. 2,25.

Na zakończenie podnosi prelegent skuteczność w podobnych razach równoczesnego działania ezerynu i morfinu i tłumaczy sposób działania atropinu, ezerynu i morfinu na napięcie wśródgałkowe.

Kol. Koszutski zapytuje się prelegenta, czy atropin, który zalecany bywa w zapaleniach skrofulicznych rogówki i w zapaleniach tęczówki u dzieci, i w tych przypadkach podobne do opisanych wywołać może zaburzenia. Kol. Wicherkiewicz tłumaczy, że lubo atropin w wielu razach u osób młodych i starych sprawić może nawet w małych dawkach intoksykacyje, to jednak wpływ, o którym w wykładzie swoim wspomina, odnosi się tylko do ócz, w których sprawa jaskrowa (ukryta) przygotowała zmiany w oku sprzyjające powstaniu jaskry ostréj po zapuszczeniu atropinu. Zmiany te polegają, zdaniem prelegenta, na przesunięciu całéj soczewki, a z nią i tęczówki ku rogówce a to w skutek większego naprężenia w tylnéj części gałki. Gdy w takim stanie atropin dostanie się do oka, tęczówka cofająca się ku obwodowi, ku kątowi przedniéj komórki, zatyka przewód Fontany i utrudnia albo znosi krążenie płynów ocznych.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie X w dniu 30 grudnia 1886.

Przewodniczący kol. Korczyński.

Obecni: Członkowie Komisyi przemysłowéj: Mikulicz, Cybulski, Jaworski; Członkowie Komisyi balneologicznéj: Ściborowski, Olszewski, Mars, Skórczewski i Surzycki; członkowie komitetu wystawy krajowéj: Baraniecki, Jordan, Lutostański, Stockmar, jak niemniéj Murdzieński i Walentowicz.

I. Przewodniczący zawiadamia, że wraz z przewodniczącym Komisyi balneologicznéj wniósł przedstawienie do Komisyi fizyjograficznéj Akademii Umiej. o potrzebie systematycznego badania chemicznego w stanie dzikim znajdujących się i dotychczas pod względem składu chemicznego niebadanych zdrojów, wytryskujących na podgórzu karpackiém.

II. Tenże donosi, że udzielił jednemu ze znanych właścicieli browaru wyjaśnień co do fabrykacyi przetworów słodowych i otrzymał od niego zapewnienie, że tenże dążyć będzie wszelkiemi siłami do tego, ażeby wyrabiać przetwory słodowe lecznicze, któreby swoją dobrocią i taniością były w stanie zwalczyć konkurencyję takichże przetworów zagranicznych. Zanim przedsiębiorca ów rozpocznie fabrykacyję, uchwalono na wniosek Dra Murdzieńskiego upraszać tymczasowo gremijum aptekarzy krakowskich, ażeby popierało wyciąg słodowy wyrobu Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem w miejsce podobnych wyrobów zagranicznych.

III. Co do mleczarni pp. Schönów w Mydlnikach po wysłuchaniu sprawozdań Dra Walentowicza o stanie obory i prof. Olszewskiego o wyniku badania chemicznego uchwalono porozumieć się co do kilku szczegółów z właścicielami mleczarni i sprawę tę jeszcze raz poddać pod dyskusyję i uchwałę.

IV. W sprawie wystawy krajowéj donosi przewodniczący, że komitet wystawy na posiedzeniu w dniu 6 grudnia 1886 r. na wniosek Dra Baranieckiego uchwalił, ażeby dla przedmiotów, wchodzących w zakres medycyny, farmacyi i balneologii, wystawić osobny pawilon, z zachowaniem podziału na poszczególne grupy wystawowe. Ponieważ jednak dyrektor wystawy oświadczył, że uchwały téj dla braku funduszów nie będzie mógł wykonać, a chodziło o to, aby w drukować się mających programach Wystawy przedmioty w zakres lekarski wchodzące były należycie uwidocznione, przeto podał Przewodniczący ewentualny projekt utworzenia osobnéj grupy, którąby w sobie mieściła przedmioty w zakres medycyny wchodzące, a zarazem zaproponował, które przedmioty musiałyby być z innych grup wykreślone, gdyby przyjść miało do utworzenia dla przedmiotów lekarskich osobnéj grupy wystawowéj zamiast osobnego pawilonu. Komitet wykonawczy Wystawy uchwalił utworzenie osobnéj grupy, nazwał takową grupą 26tą (przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych). Skład téj grupy uchwalony został według ewentualnego wniosku Przewodniczącego Komisyi przemysłowéj a zarazem wykreślił Komitet wykonawczy Wystawy krajowéj przeważną część przedmiotów lekarskich, które według pierwotnego projektu Wystawy wchodziły w zakres wielu innych grup wystawowych.

Przedstawiwszy w ten sposób tok sprawy i nadmieniwszy, że program Wystawy krajowéj został już ostatecznie zredagowany i w znacznéj części już rozesłany, Przewodniczący prosi obecnych o powzięcie uchwał co do sposobów i kierunku, w jakimby popierać należało Wystawę krajową w zakresie ułożonego przez Komitet wystawy programu.

Po dłuższéj dyskusyi uchwalono upraszać kol. Jordana, jako członka Komitetu wykonawczego Wystawy, ażeby na najbliższém posiedzeniu Komitetu wykonawczego:

1. przeprowadził utworzenie sekcyi dla grupy 26éj wystawowéj z przeważném uwzględnieniem tych członków Komitetu ogólnego Wystawy, którzy z zawodu swego mają bliższą styczność z przemysłem lekarskim (Baraniecki, Grabowski, Jordan, Hoszard, Korczyński, Lutostański, Mikolasz i Stokmar),

2. aby wyrobił dla téj Sekcyi upoważnienie porozumiewania się z komisyją przemysłową i komisyją balneologiczną Tow. lek. krak., z gremijami aptekarskiemi a względnie uzupełnienia się członkami tychże ciał w zakresie prac przygotowawczych do urządzenia grupy 26éj (przemysłu lekarskiego) zmierzających, wreszcie

3. aby uzyskać w komitecie wykonawczym wystawy upoważnienie do ogłaszania odpowiednich odezw zachęcających i szczegółowego programu odnoszącego się do grupy przemysłu lekarskiego.

Wszelkie dalsze czynności, a zwłaszcza omawianie szczegółowego programu, odroczono aż do czasu, gdy Komitet wykonawczy Wystawy powemie uchwałę nad powyższemi wnioskami. W takim razie Dr. Baraniecki podejmuje się dalszego referatu.

V. Przewodniczący podnosi konieczność popierania Wy-

stawy higijenicznéj, która odbędzie się w Warszawie w maju r. 1887 i donosi, że do przedstawienia sprawy uprosił Dra Baranieckiego, który odczytuje referat zakończony kilkunastoma wnioskami, które w zasadzie przyjęto, szczegółową zaś dyskusyję z powodu spóźnionéj pory na najbliższe posiedzenie odłożono. Tymczasem uchwalono odnieść się *a*) do Tow. lek. krak. z prośbą, ażeby co do popierania wystawy higijenicznéj warszawskiéj upoważniło Komisyję przemysłową do działania w imieniu Towarzystwa lek. krak.; *b*) do Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, aby upoważniło Komisyję przemysłową do występowania w téj sprawie także w imieniu tegoż Towarzystwa, a to z tém zastrzeżeniem, że jeżeli Tow. lek. galic. uzna to za stosowne, delegować może swych członków do narad Komisyi przemysłowéj.

Za sekretarza *Dr. J. Surzycki.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Echinorrhynchus gigas. (Kolcopysk olbrzymi).

Podał Dr. A. Walentowicz.

Nadzwyczaj często zapadają nasze zwierzęta domowe i giną stadami na choroby mające pozornie charakter chorób zaraźliwych okolicowych. Przyczyną jednak tych chorób nie są drobnowidowe pasorzyty roślinne, lecz wielkie robaki, jak wnętrawce, tasiemce, motylice, obleńce i kolcopyski. Robaki te przebywają wiek młodociany w pewnych miejscowościach i przechodzą tam rozmaite fazy rozwojowe, żyjąc jako kijaneczki lub poczwarki w ciałach lub przewodach pokarmowych różnych owadów lub robaków znajdujących się w wodach stojących lub w ziemi. Ztamtąd już zwykle ukształcone i uzbrojone w smoczki lub haczyki dostają się z karmą lub wodą do przewodu pokarmowego naszych zwierząt domowych, gdzie jedne najczęściéj się usadawiają, drugie zaś rozchodzą się ztamtąd do innych narządów, a inne znów przebiwszy błonę śluzową jelit wędrują wzdłuż naczyń w tkance łącznéj szukając gleby przydatnéj do dalszego rozwoju. Znalazłszy takową, rosną, wykształcają się i zwykle dojrzewają płciowo na koszt swego chlebodawcy, który często, bądźto w skutek ogólnego wyniszczenia, bądźtéż w skutek zajęcia ważnych dla życia narządów, ich pobyt śmiercią przypłaca. Śmiało rzec można, że niektóre z tych robaków zabijają nieraz więcéj zwierząt niż groźny prątek wąglikowy lub nosaciznowy. Mam tu na myśli wnętrawce żyjące w oskrzelach owiec, cieląt i świń, a przeważnie i ze szczególném upodobaniem u owiec (*Strongylus filaria*), dokąd jako embryony z żołądka napowrót przez przełyk do tchawicy i oskrzeli wwędrowały, niszcząc w skutek zajęcia i zapalenia oskrzeli całe stada tych ostatnich. Także motylica wątrobowa i lancetowata, wprowadzona z poidłem pochodzącém z moczar jako kijaneczka do żołądka naszych trawożernych zwierząt a ztamtąd przez dwunastnicę i przewód żółciowy do wątroby, jest przyczyną zaniku miąższu téjże a następnie charłactwa lub śmierci. Setki koni ginących rok rocznie na morzysko zawdzięcza śmierć swoję jednemu z obleńców (*Sclerostomum armatum*), który dostawszy się do przewodu pokarmowego przebija takowy, następnie wchodzi do tętnic krezkowych, wywołując zatory i tętniaki zawsze śmiercią konia się kończące. Przy końcu ubiegłego roku miałem sposobność obserwować taką chorobę stadną na kilkunastu świniach, dopędzonych do tutejszéj rzeźni. Stado liczące 16 sztuk świń rasy polskiéj, wychudłych, o brzuchach obwisłych, o powłokach zupełnie bladych, o błonach śluzowych widocznych prawie białych, robiło na znawcy wrażenie świń wągrowatych. Badanie za życia nie wykazało ani na więzadełku językowém ani na spojówce oka wągrów (*cysticercus cellulosae*). Po zabiciu jednak okazało się, że powodem tego charłactwa były wielkie robaki, które w niesłychanéj liczbie znajdowały się w jelicie cienkiém wszystkich świń tak, że na długość 1m. 50cm. wyciętéj kiszki naliczyłem bardzo silnie wbitych w ścianę jelita 85 sztuk. Błona śluzowa jelit znajdowała się w stanie chronicznego kataru, otrzewna zaś była zmętniała, licznemi płaskiemi złogami zorganizowanéj wypociny pokryta, jelita cienkie z sobą pozrastane. Po bliższém zbadaniu przekonałem się, iż wzmiankowane robaki należą do samoistnego rzędu *Acantocephali* (kolcopysków), do rodzaju *Echinorrynchus gigas* (kolcopysk olbrzymi). Pasorzyt ten, o ciele wydłużoném, obłém, barwy blado-różowéj, o płci rozdzielnéj, opatrzony na jednym końcu grubszym w ryjek bez żadnego otworu pyszczkowego, lecz uzbrojony 6ma rzędami twardych haczyków, nie posiada żadnego przewodu pokarmowego, natomiast dobrze wykształcone narządy płciowe. Składają się one u samca z dwóch jąder, przewodu nasiennego wchodzącego do pęcherzyków nasiennych i wysuwalnego opuszką opatrzonego prącia, u samicy zaś z bardzo obszernego $^2/_3$ całego ciała zajmującego jajnika, jajowodu prowadzącego do cewowatéj macicy, ztąd dojrzałe i zapłodnione jajka przez wąską szczelinę na zewnątrz wydzielone zostają. Długość samca wynosi 95cm., samicy dochodzi aż do 450mm. Oprócz narządów płciowych znajdują się wewnątrz ciała tak samca jak i samicy dwa cienkie listkowate gruczołowate z samych cewek złożone narządy, Lemnisci, poczynające się w ryjku a kończące ślepo w $^1/_3$ długości ciała, których jednak przeznaczenie nie jest dotychczas znane. Całe ciało otoczone jest skórą przepuszczającą, pod którą znajdujemy obfite naczynia chłonące, następnie mięśnie okrężające i podłużne. Aparat nerwowy składa się z jednego zwoju umieszczonego w ryjku, od którego rozchodzą się na dół dwa pnie nerwowe rozgałęziające się w mięśniach, naczyniach chłonących i skórze. Pasorzyty wbijając ryjek w ściany jelita nieraz tak głęboko, że przebijają samą otrzewnę, ustalają się, rosną, dojrzewają płciowo i zapładniają się. Zapłodnione jajka odchodzą z kałem zwierzęcia macierzystego, z których po krótkim czasie wylęgają się maleńkie haczykami opatrzone embryony. Niezdolne jeszcze do rozmnażania się istoty nie pozostają na ziemi, lecz wchodzą do ciała pendraka chrząszcza majowego i tam w ciele tegoż otorbiełając się oczekują pożarcia przez świnię, w których przewodzie szczyt rozwoju osiągają (Schneider). Kolcopyski należą do tych wnętrzaków (*Entozooa*) co i tasiemce, albowiem nie posiadają jak i one ani pyska ani téż przewodu pokarmowego, a odżywienie odbywa się za pomocą skóry, podobnie jak u roślin.

Świnie pasane po polach ryjąc zjadają pendraki i w ten sposób nabawiają się tych pasorzytów, których szkodliwość nie polega jedynie na wyniszczeniu zwierzęcia macierzystego, lecz przedewszystkiém na wywołaniu zapalenia otrzewny, nie rzadko kończącego się śmiercią zwierzęcia. Mięso pochodzące ze zwierząt dotkniętych zarazą kolcopysków jest do użycia po odrzuceniu jelit, które mogłyby być szkodliwemi, a znajomość téj zarazy, u nas dotychczas nieopisanéj, ma przedewszystkiém wartość ekonomiczną. U człowieka dotąd znajduje się opisany jeden tylko przypadek stwierdzonéj obecności kolcopyska w jelitach człowieka (*Prager Vierteljahr.* z 1859). Natomiast często napotykany bywa kolcopysk olbrzymi oprócz świni u hijeny. Z innych gatunków tego samego rodzaju żyje *Echinorrynchus porrigens* w wielorybie, *E. polymorphus* i *E. proteus* w jelitach ryb żyjących w wodach słodkich, *E. campenalatus* u *Felis onca* a *E. major* u jeża (Leuckart)

Prof. Frisch: **O metodzie Pasteura.**

Prof. Frisch, który był wysłany do Pasteura dla poznania jego metody szczepienia ochronnego wścieklizny i który daléj w Wiedniu czynił badania, przedstawił Akademii nauk w Wiedniu następujące zdania w téj sprawie:

1) Jad wścieklizny jest zawarty w postaci najwięcéj zgęszczonéj w ośródkowym systemie nerwowym (mózgu i rdzeniu pacierzowym) zwierzęcia na wściekliznę zdechłego.

2) Małe ilości istoty mózgordzeniowéj wstrzyknięte innym zwierzętom po trepanacyi pod oponę twardą wywolują po okresie utajenia, małym wahaniom ulegającym (14—21 dni), z zupełną pewnością tę samą chorobę. Z tych zwierząt daje się wścieklizna znów daléj przeszczepić.

3) I po podoponowém zarażeniu zwierząt częściami szpiku rdzeniowego z ludzi zmarłych na wściekliznę zapadają zwierzęta po mniéj lub więcéj równie długim okresie utajenia. Dowodzi to zupełnéj identyczności procesów u ludzi i zwierząt.

4) Skutek po podskórném wstrzyknięciu nie jest tak pewnym a okres wylęgania zdaje się trwać dłużéj niż po podoponowém wstrzyknięciu.

5) Między ilością podskórnie wstrzykniętego jadu a czasem wylęgania zdaje się zachodzić stosunek odwrotny.

6) Przez dalsze następowe podoponowe przeszczepianie jadu wścieklizny tkwiącego w istocie mózgordzeniowéj na króliki nastaje po szeregu generacyj początkowo bardzo nieregularne poźniéj regularne i ciągle wzrastające skrócenie okresu wylęgania.

7) Jad stały (*Virus fixe*) o 7-mio dniowym okresie utajenia, który Pasteur otrzymał po 40—50 razowém przeszczepieniu, przewyższa jad zwykłéj wścieklizny co do zaraźliwości, gdyż po podoponowém lub podskórnem zaszczepieniu choroba rychléj wybucha i zwierzęta bez wyjątku zapadają.

8) Okres wylęgania nie daje się już przez dalsze przeszczepiania skrócić poniżéj 7 dni, wyjątkowo tylko zwierzęta już 6-go dnia zapadają a zdarza się téż i opóźnienie tak, że choroba występuje dopiero po 8—10 a nawet 12 dniach. Przenosząc zwykłą wściekliznę już po 2 lub 3 razach osiągnąć można jad, którego okres wylęgania trwa 8—12 dni.

9) Jad stały o 7-mio dniowym okresie wylęgania wytwarza się nie tylko drogą przez Pasteura wskazaną ale czasem nie zależnie od szeregu przeszczepień o wiele wcześniéj.

10) Przez wysuszenie przy ciepłocie 20° C nad potażem żrącym zmniejsza się zaraźliwość kawałków rdzenia pacierzowego z dnia na dzień i zdaje się po 16—14-to dniowym suszeniu zupełnie niknąć.

11) Zwierzęta, którym wstrzyknięto podskórnie w różnym stopniu osłabione jady (różnie długo suszone kawałki rdzenia) bywają ochronione przez słabsze jady od działania silniejszych, jeżeli stopniowo silniejsze jady nie zbyt prędko po sobie następują.

12) Zwierzęta, którym przez 10 dni coraz zaraźliwsze jady podskórnie szczepiono, okazują się wbrew temu, co podaje Pasteur, nie na pewne ochronionemi od zarażenia świeżą zwykłą wścieklizną a wyjątkowo tylko pozostają zdrowemi po podoponowém zarażeniu.

13) Króliki i psy, u których po trepanacyi i podoponowém zarażeniu zwykłą wścieklizną podjęto szczepienia ochronne, zapadły wszystkie i pozdechały, z wyjątkiem jednego, który zaszczepiony w 14 tygodni później powtórnie przez trepanacyę zdechł w 8 dni po zarażeniu.

14) Tym doświadczeniom zarzucił Pasteur, że w nich za powolnie robiono szczepienia ochronne, aczkolwiek robiono je według pierwotnego jego sposobu. Zalecił zatem Pasteur zastosowanie wszelkich jadów w ciągu 24 godzin przez szczepienia co 2 godziny i 2—3 razowe powtórzenie całego szeregu, a nakoniec rozpoczęcie szczepień ochronnych w krótce po zarażeniu, co najwyżéj drugiego dnia. Doświadczenia na psach i królikach w ten sposób czynione nie dały ani jednego pomyślnego wyniku, wszystkie zwierzęta uległy chorobie i po tym silniejszym sposobie zastosowania.

15) Przy doświadczeniach tych okazał się ten dalszy ważny wynik, iż przy rychlém następowaniu po sobie coraz zaraźliwszych jadów nie zawsze z pewnością liczyć można na siłę ochronną słabszych w obec następujących silniejszych.

Z szeregu królików i psów, które służyły jako zwierzęta dla kontroli poprzedniego szeregu doświadczeń, i u których to silniejsze postępowanie bez poprzedniego zarażenia zastosowano, większa część zginęła z wścieklizny.

16) Zwierzęta, które po podskórném zarażeniu zwykłą wścieklizną poddano szczepieniom ochronnym, poginęły z małym wyjątkiem na wściekliznę, nawet gdy okres wylęgania przeciągnął się do 34 dni.

Z tych wyników doświadczeń można wysnuć wniosek, że metoda Pasteura, aby zwierzęta ochronić od wścieklizny, wymaga jeszcze wielu doświadczeń, zanim będzie mogła mieć pretensyę do pewności, oraz że nie było dostatecznéj podstawy do wprowadzenia szczepień ochronnych u ludzi pokąsanych a bliskiém jest przypuszczenie, iż przez same szczepienia ochronne przynajmniéj przy silniejszém postępowaniu, jakie Pasteur od niedawna i u ludzi stosuje, może nastać przeniesienie choroby. *(Berl. Klin. Wochenschrift.* 1887. N. 6.)

Dr. Grabowski.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 22 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém podkomisyje na poprzednich posiedzeniach wyznaczone zdawały sprawę ze swych czynności. I tak co do mierzenia zmian stanu wody gruntowéj przyjęto w zupełności elaborat inżynijera sanitarnego Świerzyńskiego, według którego ma być urządzonych 5 studzien do obserwacyj codziennych, a 25 do obserwacyj raz na miesiąc. Zarazem postanowiono udać się do Dyrekcyi Obserwatoryjum astronomicznego i do władz wojskowych z prośbą, aby te w poparciu ważności sprawy zechciały w swych gmachach robić równocześnie pomiary, o których mowa. Ze względu na wynikające ztąd koszta, lubo nieznaczne, postanowiono przedłożyć odpowiedni wniosek Radzie miejskiéj, przeprowadzenie zaś pomiarów polecono inż. Świerzyńskiemu. — Co do uznanéj za pilną i konieczną wentylacyję wychodków w szkole św. Scholastyki, przyjęto plan i kosztorys wypracowane przez Dyrekcyję gazowni miejskiéj i przekazano sekcyi ekonomicznéj do wykonania. — W sprawie udziału Krakowa w wystawie higijenicznéj warszawskiéj przyjęto *en bloc* wniosek podkomisyi co do przedmiotów mających się wystawić i uchwalono rzecz tę przedstawić na najbliższém posiędzeniu Rady miejskiéj. — Co do szczepienia ospy, uznała podkomisyja, że jedynie wydanie dla naszego kraju ustawy o przymusowém szczepieniu uwolni nas trwale i radykalnie od epidemij ospy i że w tym celu wypada na ręce deputowanych z Krakowa wnieść odpowiedni memoryjał do Rady państwa. Wniosek ten przyjęto i postanowiono przedłożyć go jak najrychléj Radzie miejskiéj. — Do komitetu miejscowego Zjazdu higijenicznego w Wiedniu we wrześniu r. b. odbyć się mającego wyznaczono na wniosek prezydenta miasta Drów Paszkowskiego i fizyka miejskiego Dra Buszka. — Z Namiestnictwa nadeszło doniesienie o ponownym wybuchu cholery w północnych Węgrzech i w Osieku w Slawonii. Z wykazów śmiertelności okazuje się, iż obecnie nie ma w mieście żadnéj epidemii i że śmiertelność z chorób zakaźnych wynosiła w styczniu r. b. zaledwie 8·7% wszystkich zmarłych. Miejscowa epidemija tyfusu plamistego w tutejszym kryminale skończyła się

trzema przypadkami śmierci. Przy téj sposobności uwiadomił r. m. Dr. Domański, że przyrząd dezinfekcyjny systemu Schimmela jest już zamówiony dla Krakowa i najpodobniéj do prawdy oddany zostanie w kwietniu r. b. do użytku publicznego. — Nakoniec wniósł r. m. Dr. Domański, aby z uwagi na to, że budynki, w których się mieszczą krakowskie szkoły średnie a mianowicie gimnazyja, nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom higijenicznym a przez to wpływają szkodliwie na zdrowie tak nauczycieli jak i młodzieży, tudzież ze względu, że kroki w téj mierze przez miejską deputacyję gimnazyjalną przedsięwzięte okazały się bez skutku, upraszać p. Prezydenta miasta, aby zechciał p. Ministrowi oświaty przy sposobności jego bytności w Krakowie z powodu inauguracyi nowego budynku uniwersyteckiego przedstawić rzecz na miejscu i prosił o uchylenie złego przez wybudowanie osobnych gmachów na pomieszczenie szkół rządowych. Wniosek ten dał powód do ożywionéj dyskusyi, w której przytaczano rozmaite szczegóły dowodzące niewłaściwości obecnego pomieszczenia szkół rządowych. Ostatecznie przekazano wniosek, o którym mowa, do ponownego rozpatrzenia się deputacyi gimnazyjalnéj, uznając konieczność, aby p. minister oświaty był o sprawie należycie poinformowany już przed swym przyjazdem do Krakowa. — Nakoniec na wniosek r. m. Dra Pareńskiego postanowiono zbadać niedostatki w jednym z domów przedmiejskich.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35·3. Z błonicy i dławca umarło 1 (3 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gruźlicy 14 (11 z. t.); z zapalenia płuc 12 (13 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego i 1 duru osutkowego. W tygodniu od 31 stycznia do 5 lutego umarło z ospy w Berlinie i Hamburgu, Pradze i Wiedniu po 1; w Budapeszcie 18; w Rzymie 19; w Wenecyi i Paryżu po 2; w Warszawie 6; w Petersburgu 9. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Berlinie 7, w Rzymie 8, w Paryżu 16, w Londynie 14, w Petersburgu 13. Z odry umarło w Berlinie 9, w Paryżu 42, w Londynie 48. Z płonicy umarło w Wiedniu 8, w Budapeszcie 6, w Kolonii i Londynie po 11, w Petersburgu 8. Z dławca i błonicy umarło w Warszawie 8, w Petersburgu 19, w Berlinie 28, we Wrocławiu i Monachowie po 7; w Dreźnie 8, w Hamburgu 15, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 11, w Paryżu 8, w Amsterdamie 7, w Kopenhadze 11, w Paryżu 34, w Londynie 22. Z krztuśca umarło w Paryżu 13, w Londynie 40, w Kopenhadze 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 stycznia do 5 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,7; we Lwowie 35,0; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 36 4; w Przemyślu 41,6; w Stanisławowie 32,9; w Tarnopolu 23,7; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 30,3; w Wiedniu 29,7; w Salcburgu 29,3; w Gracu 32,9; w Tryjeście 34,0; w Insbruku 28,3; w Pradze 35,7; w Bernie 34,6; w Ołomuńcu 33,3; w Berlinie 20,7; we Wrocławiu 50,4; w Gdańsku 30,7; w Dreźnie 22,9; w Hamburgu 27,0; w Kolonii 30,6; w Lipsku 19,7; w Monachowie 20,8; w Poznaniu 35,3; w Strasburgu 28,6; w Amsterdamie 22,5; w Brukseli 32,1, w Budapeszcie 34.4; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 25,6; w Londynie 18,4; w Odesie 29,0; w Paryżu 26,9; w Petersburgu 31,8; w Rzymie 27,5; w Stokholmie 21,2; w Wenecyi 33,7.

VIII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 24 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. przedstawił prof. Adamkiewicz chorą z rzadkim objawem z zakresu neuropatologii, Dr. Górski miał wykład o przypadku wad utworowych operowanym w klinice tutejszéj a przedstawionym na jedném z poprzednich posiedzeń Towarzystwa, Dr. Trzebitzky okazał kawał jelita resekowany przez siebie przed kilku dniami; prof. Obaliński okazał znacznych rozmiarów włókniaki wraz z macicą wydobyte za pomocą laparo-hysterotomii; w końcu prof. Mikulicz okazał żołądek choréj, operowanéj z powodu zwężenia odźwiernika według nowéj dotąd nieopisanéj metody.

(*K.*) Uzupełniając wzmiankę o udziale szpitala krakowskiego w Wystawie higijenicznéj warszawskiéj zamieszczoną w poprzednim Nrze, donosimy, że Wydział krajowy reskryptem z dnia 11 lutego b. r. zezwolił komitetowi administracyjnemu tegoż szpitala na wydatek do wysokości 250 złr. dla wzięcia udziału w téj wystawie, jednakże pod tym wyraźnym warunkiem, ażeby też same przedmioty były także umieszczone na krajowéj wystawie w Krakowie.

(**) Towarzystwo lekarskie chorwackie w Zagrzebiu według sprawozdań odczytanych na głównem jego zgromadzeniu, odbytém d. 31 stycznia r. b. liczy członków czynnych 185 i członków honorowych 10. Na 13 posiedzeniach Towarzystwa, oprócz zwykłych wiadomości ustnych o ciekawszych przypadkach klinicznych itp., przedstawiono 20 rozpraw naukowych z zakresu medycyny i chirurgii klinicznéj, epidemijologii i chorób zakaźnych, medycyny sądowéj, higijeny społecznéj i balneologii krajowéj Z tych najważniejszemi według swéj treści były: Dra Nemiczycza o wściekliźnie, Dra Subboticza zapiski chirurgiczne z walki serbsko-bułgarskiéj, Dra Struppiego o wymiotowaniu uporczywém u niewiast ciężarnych itp. Świadczy to o wcale dojrzałéj i wszechstronnéj czynności tego Towarzystwa. Stan finansowy tegoż jest równie pomyślnym, albowiem fundusz zapasowy Towarzystwa wynosi 3103 złr., a przychód roczny stały 925 złr., który był obrócony całkowicie na wydawnictwo czasopisma miesięcznego, *Ljecznicki Vjestnik*. Obok swych zadań naukowych Towarzystwo to zajmuje się bardzo czynnie interesami materyjalnemi stanu lekarskiego w swoim kraju, uchwaliwszy na témże zgromadzeniu na wniosek Dra Rakowaca utworzenie kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz dla wdów i sierót po lekarzach, a na fundusz zakładowy téj kasy przeznaczyło 2000 złr. ze swego kapitału zapasowego, do których 400 złr. dołączyli czteréj obecni członkowie. Oprócz tego przyjęto do wiadomości i przyszłéj uchwały wniosek Dra Peiczycza o utworzeniu kasy emerytalnéj dla lekarzy i ich wdów i sierot. Wniosek ten w całéj osnowie podany w tymże Nrze *L. V.* zdaje się być doskonale obmyślanym i wielce praktycznym, wykazuje oczywistą korzyść nad zwykłą asekuracyję w Towarz. asekuracyjnych: zasadza się na tém, że 300 lekarzy krajowych, wnosząc od razu po 25 złr., a potém miesięcznie płacąc po 2 złr., złożyłoby się (łącznie z 2500 złr. obecnego funduszu kasy wsparcia) po 5 latach na sumę 50.000, tak iż z tego mogłoby 10 wdów otrzymywać po 200 złr. pensyi. Po 12 latach kapitał urósłby do 100 tysięcy i zasilany corocznym przychodem 7200 złr. dawałby po 12.200 złr. rocznie na pensyje dla 40 wdów po 300 złr.

* **Paryż**. Akademija przyznała nagrodę 1000 franków za prace matematyczne niejakiemu Barbier, który od lat wielu umieszczony jest w zakładzie dla obłąkanych, a mimo to od czasu do czasu rozwiązuje piękne zagadnienia matematyczne.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Osieroconą w skutek śmierci Schrödera katedrę położnictwa ma otrzymać prof. Olshausen w Hali; tymczasem pełni obowiązki profesora docent prywatny i asystent Hofmeier. — **Giessen.** Docent Steinbrügge mianowany został nadzw. profesorem otyjatryi. — **Gryfija.** Docent prywatny Peiper otrzymał polecenie wyłożenia w półroczu letniém kursu o szczepieniu. — **Praga czeska.** W miejsce prof. Bandla, który dla słabości prosił o uwolnienie od obowiązków, mianowany został prof. insbrucki Dr. Fryd. Schauta profesorem położnictwa w wydziale lek. niemieckim.— **Graz.** Prof. chemii Pebal zamordowany został przez służącego, którego odprawił. — **Berno.** Dr. Speyr habilitował się jako docent psychijatryi. — **Zurych.** Urządzony tu zostaje zakład higijeniczny, którego kierownictwo obejmuje prof. Oskar Wyss.

* **Mianowania.** Dr. Hilary Schramm mianowany został operatorem w szpitalu św. Zofii a Dr. Wiczkowski chemikiem w szpitalu powszechnym we Lwowie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Wiedeńskim pp. Antoni Augustynowicz Roszko z Kossowa i Stanisław Kotłowski z Wesoły w Galicyi.

Dr. Władysław Białkowski mianowany został sekundaryjuszem w szpitalu powszechnym w Jaśle.

* **Nekrologija.** W St. Remo umarł Magni, prof. okulistyki i senator włoski w 59 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 8: Meyersona: Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Zweigbauma: Przypadek owrzodzenia grużliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy; Nenckiego i Fabiana: O przetworach z mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze (c. d.); Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Wiestnik kliniczeskoj i sudebnoj psychiatryi i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakcyjei Prof. Mierzejewskiego. God. 4ty, wypusk 2gi z 9 rysunkami w tekstie. Petersburg 1887, in 8vo str. 288.

Prof. J. HLAVA: O úplavici. Předběžné sdělení. Odbitka z Czasop. lek. czesk.) V Praze 1887, in 8vo str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie.

CARL. Herzog, Beitr. zur patol. Anatomie des Auges bei Nierenleiden. M. 12 Abb. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 5.

CHAVASSE. Nouveaux éléments de petite chirurgie. Av 525 fig. 18 Paris, Doin. Fr. 9.

COURRENT P., Etude histologique et clinique du sarcome des os. Av. 3 pls. col. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 4.

DEMANGE E. Etude clin. et anat.-pathol. sur la vieillesse. Av. 6 pls. 8. Paris, Alcan. Fr. 4.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. St. Z. w Krakowie. Masz Pan zupełną słuszność, bo mięsienie *m. quadrati femoris* po złamaniach rzepki byłoby nonsensem; rzecz oczywista, że w Nrze 5 Przeglądu Lek. na str. 80, w. 22 i 51 zamiast *quadratus femoris* powinno być *quadriceps femoris.*

Szan. Zarządowi Wystawy higijenicznéj w Warszawie. Program wystawy umieściliśmy dosłownie w Nrze 51 z r. 1886; regulaminu dla braku miejsca umieścić nie możemy, ale gotowi jesteśmy dołączyć go do jednego z Numerów, jeżeli otrzymamy dostateczną ilość egzemplarzy.

We środę dnia 9 marca odbędzie się w Sali posiedzeń Akademii Umiejętności o godz. 5éj po pol. Zgromadzenie ogólne XI Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, na którém Zarząd Wydawnictwa złoży sprawozdanie z r. 1886 i na którém dokonane zostaną wybory zarządu na następne dwulecie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 5 Marca 1887. Nr. 10.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Leczenie kiły garbnikanem rtęciawym.

Podal
Dr. Karol Szadek
z Kijowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Jak z tego co powiedziałem wnioskować możemy, wyniki lecznicze nie we wszystkich przypadkach, spostrzeganych przezemnie, były zupełnie zadowalające. W postaciach łagodnych drugorzędnéj kiły, tudzież przy nawrotowych objawach ostatniéj u osobników zdrowych, w ogólności zaś u kobiet i dzieci, zamierzony skutek był zawsze widoczny, często doraźny: objawy chorobowe na skórze, mianowicie osutki plamiste i niezadawnione, guziczkowe ustępowały zwykle po zażyciu 60—120 pigułek garbnikanu rtęciawego; inne postacie kiły, łuszczyca dłoni i podeszew, krostkowe wyrzuty, niesztowice, owrzodzenia kłykcinowe błon śluzowych, uporczywiéj utrzymywały się przy wewnętrznem stosowaniu tego leku. W postaciach nawrotowych łagodnéj i niezadawnionéj kiły dla usunięcia objawów chorobowych wystarczało zwykle 3 do 4 gramów garbnikanu rtęciawego. Bardzo pomyślny wynik otrzymałem stosując wymieniony lek w przypadku trzeciorzędnéj kiły (o którym powyżéj już wspominałem); przytoczę tu krótki opis tego przypadku: 50-letnia żydówka, zamężna, mająca zdrowego męża i kilkoro dorosłych dzieci również zdrowych, od dwóch lat cierpiąca na owrzodzenia nosa, policzka, wargi górnéj i podniebienia, udała się do mnie 27go sierpnia 1885 roku, prosząc o poradę. Wcześniéj nigdy nie zauważyła żadnych zmian chorobowych na skórze lub błonach śluzowych; zaprzecza możności zakażenia się; od kilku miesięcy leczyła się u jednego ze znanych w mieście chirurgów, który zmiany na skórze uważał za wilka i kilka razy wyskrobywał i przyżegał owrzodzenia, lecz widocznie bez skutku trwałego, gdyż wnet choroba powracała, szerząc się w otoczeniu dawnych nacieków i wrzodów. Poprzednio nigdy nie leczono choréj przetworami rtęciowemi. Przy badaniu można było łatwo stwierdzić kilakowe owrzodzenia skóry prawego policzka, nosa i wargi górnéj; ku obwodowi zajętéj okolicy skóry liczne nierozpadłe jeszcze kilaki skóry. W jamie nosowéj owrzodzenia, zniszczenie muszli i przedziurawienie przegrody nosowéj; na podniebieniu gromadka guzków, niektóre z nich rozpadłe, w skutek czego nastąpiło drążące owrzodzenie w tylnéj części podniebienia twardego z przedziurawieniem tegoż; przez otwór daje się przeprowadzić dość gruby zgłębnik, uderzający w kość. W obec wyjaśnionego rozpoznania choroby, opartego przytém na bezskuteczności poprzedniego chirurgicznego leczenia, zastosowałem wewnętrznie garbnikan rtęciawy po 0·3 dziennie; obok tego zaleciłem miejscowo jodoform. Po upływie krótkiego czasu wrzody zaczęły się goić; z powodu obrzmienia dziąseł i ślinotoku musiałem użycie rtęci przerwać na dni kilka. 15go września objawy rtęciowego zajęcia ust ustąpiły i chora znów rozpoczęła wewnętrzne używanie garbnikanu rtęciawego. 26go września prawie wszystkie wrzody na twarzy zabliźniły się; guzki znikają; na twarzy, nosie i wardze górnéj pozostaje jeszcze obszerna zabarwiona i nacieczona blizna. Owrzodzenia jamy nosowéj i podniebienia goją się. 4go października po użyciu 8u gramów garbnikanu rtęciawego pozostały na skórze nosa i twarzy brunatne plamy i blizny; wrzody zaś w jamach nosowych i podniebienia prawie zabliźnione. Następne użycie mięszanki Bietta (dwujodek rtęci w połączeniu z jodkiem potasu) sprawiło po upływie jeszcze miesiąca najzupełniejsze ustąpienie wszystkich objawów, zabliźnienie się wrzodów, zarośnięcie otworu podniebienia, słowem zupełne wyzdrowienie.

W 20 przypadkach drugorzędnéj kiły, w których stósowałem wewnętrznie garbnikan rtęciawy, chociaż objawy kiły szybko ustępowały, wkrótce jednak następował nawrót choroby; z tych w 4ch przypadkach, leczonych wymienionym środkiem, spostrzegałem w przeciągu 1—2 lat po 3—4 nawroty kiły; wprawdzie objawy chorobowe były bardzo łagodne i wkrótce ustępowały po zastósowaniu tegoż samego

leku lub innych przetworów rtęciowych. W obec tego wypada mi chyba wcale nie zgodzić się na zdanie, wypowiedziane przez Leblonda, jakoby przy wewnętrzném leczeniu kiły garbnikanem rtęciawym kiła prawie doszczętnie ulegała uleczeniu i nawroty choroby bardzo rzadko spostrzegać się dawały. Powracanie kiłowych objawów w 50% spostrzeganych przezemnie przypadków przemawiałoby raczéj za słusznością słów wypowiedzianych przez Koebnera (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, Nr. 30), który wręcz odmawia garbnikanowi rtęciawemu własności zapobiegania nawrotom kiły.

Już samo znikanie objawów kiłowych (co spostrzegałem w przeważnéj liczbie przypadków, leczonych za pomocą wewnętrznego użycia garbnikanu rtęciawego) przemawia za tém, iż ustrój wymieniony środek łatwo przyswaja i chłonie; świadczą też za tém niektóre przypadki, w których już po zadaniu 1—2 gramów przetworu występowały objawy, wskazujące na wchłanianie rtęci do krwiobiegu (nieznaczne obrzmienie dziąseł, zwiększone nieco wydzielanie śliny itp.). Aczkolwiek łagodniejsze objawy zajęcia rtęciowego ust napotykałem dość często po użyciu wewnętrzném garbnikanu rtęciawego, to jednak ustępowały one wkrótce po użyciu odpowiednich środków miejscowych; znaczniejsze zaś zmiany rtęcicy dziąseł, ust i ślinotok obfity rzadko spostrzegałem. Muszę tu nawiasem napomknąć, iż zajęcie rtęciowe jamy ustnéj przy leczeniu garbnikanem rtęciawym zazwyczaj spostrzegałem u osób, mniéj dbających o higijenę jamy ustnéj lub też mających popsute już zęby i osłabione poprzednio dziąsła, np. u palaczy tytoniu.

Zestawiając wyniki, otrzymane po stósowaniu wewnętrzném garbnikanu rtęciawego, dochodzimy do wniosków:

1. że ustrój środek ten łatwo chłonie;

2. że chorzy dobrze go znoszą, gdyż bardzo mało lub wcale nie drażni błony śluzowéj przewodu pokarmowego;

3. że skuteczność tego leku, szczególnie przy stósowaniu go w kile drugorzędnéj, wcale nie ustępuje leczniczéj wartości innych przetworów rtęciowych, używanych wewnętrznie;

4. że garbnikan rtęciawy okazywał się szczególnie skutecznym w łagodnych postaciach i przy nawrotach drugorzędnéj kiły; w jednym przypadku trzeciorzędnéj kiły, nieleczonéj poprzednio rtęcią, także usunął wszystkie objawy chorobowe;

5. że stósowany wewnętrznie stanowczo nie zapobiega powrotom kiły, występują one również często, jak i po leczeniu kiły innemi rtęciowemi przetworami;

6. że kobiety i dzieci bardzo dobrze znoszą wymieniony środek, lecz wtedy trzeba stosować dawki znacznie mniejsze (u kobiet 0·1—0·3, u dzieci małych 0·02—0·03 dziennie), gdyż w przeciwnym razie bardzo prędko mogą nastąpić objawy rtęciowego zajęcia jamy ustnéj.

Opierając się tedy na wynikach, otrzymanych w 47u przypadkach kiły leczonych za pomocą wewnętrznego użycia garbnikanu rtęciawego, można wypowiedzieć następne zdanie co do wartości leczniczéj wymienionego środka:

Zalecany przez Lustgartena, Leblonda, Dorniga i innych autorów do wewnętrznego stosowania w kile nowy przetwór rtęciowy garbnikan rtęciawy (*Hydrargyrum tannicum oxydulatum*), posiadając niezaprzeczone zalety lecznicze, wspólne innym rtęciowym przetworom, prawie nie wywiera ubocznego działania i bardzo rzadko wywołuje zaburzenia przewodu pokarmowego; może więc bezwarunkowo zastąpić inne środki rtęciowe, dotąd używane wewnętrznie (kalomel, surnat, jodek i dwujodek rtęci itd.). Garbnikan rtęciawy można w ogólności zalecać do użycia wewnętrznego w kile kobiet, dzieci i osób z upośledzoném trawieniem; do leczenia szczególniéj nadają się przewlekłe łagodne postacie drugorzędnéj kiły i nawroty ostatniéj, w których nie są wskazane energiczniejsze sposoby leczenia. Jako następowe leczenie kiły po odbytéj poprzednio kuracyi wcieraniami lub wstrzykiwaniami wewnętrzne stósowanie garbnikanu rtęciawego wielkie oddaje usługi, gdyż nie obciąża przewodu pokarmowego (Neisser: *Zur Therapie der Syphilis*. Wiesbaden, 1886, osobne odbicie str. 32). Nawrotom kiły środek ten nie zapobiega i pod tym względem wcale nie wyróżnia się od innych dotąd znanych i używanych wewnętrznie przetworów rtęciowych.

Podając do szerszéj wiadomości wyniki, jakie otrzymałem stosując w kile garbnikan rtęciawy, miałem na celu zwrócenie uwagi kolegów na nowy środek rtęciowy, który, aczkolwiek od niedawna dopiero wprowadzony w użycie i dotąd mało u nas znany, potrafił jednak już sobie wyrobić uznanie u znanych klinicystów w Austryi, Niemczech i innych krajach (Lang, Lesser, Finger, Dornig i inni). Spodziewać się też wypada, iż niezadługo przy wyborze leków rtęciowych dla wewnętrznego ich stosowania dawne przetwory rtęciowe, wywołujące często znaczne podrażnienie błony śluzowéj przewodu pokarmowego i zawsze prawie upośledzające trawienie, będą często zastępowane przez garbnikan rtęciawy (*Hydrargyrum tannicum oxydulatum*).

II. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator w szpitalu św. Zofii we Lwowie.

V. Infuzyja solna w ostréj niedokrewności.

Kwestyja co do wartości i znaczenia wlewania solnego w ostréj niedokrewności nie jest, jak się zdaje, jeszcze stanowczo rozstrzygnięta; tém bardziéj, że w ostatnich czasach odezwały się głosy, które doświadczeniom moim i Maydla chcą odmówić znaczenia przez to, iż utrzymują, jakoby dodatek węglanu sodowego do roztworu solnego działał szkodliwie na ustrój zwierzęcy. Chociaż zarzut ten wydaje mi się już *a priori* niesłuszny, to jednak, aby go uniknąć, użyłem w podanym niżéj przypadku czystego roztworu solnego 6 : 1000.

Chodziło tu o 40-kilkuletnią kobietę, operowaną przed rokiem na raka lewéj piersi i gruczołów podpachowych. W kilka miesięcy po operacyi wystąpiła w pasze rozległa recydywa, którą prof. Mosetig leczył wstrzykiwaniami miąższowemi kwasu mlecznego, lecz bez skutku. Nowotwór rozpadał się szybko i pod pachą powstała jama, sięgająca aż do dołka podobojczykowego. 14 grudnia z. r. wystąpił nagły krwotok tętniczy, a przybywszy w kilkanaście minut potém zastałem chorą bardzo bladą, bez tętna, odnogi chłodne, oddech mozolny, przytomność zupełnie utrzymaną.

Krwotok zatrzymałem przez mocne wytamponowanie jamy gazą jodoformową, a gdy mimo wszelkich środków

podniecających i autotransfuzyi stan choréj się pogarszał, przystąpiłem przy łaskawéj pomocy Drów Rosnera i Jandy do infuzyi solnéj. Do odsłoniętéj żyły w łokciu prawym (*v. med. cephal.*) wlałem za pomocą przyrządu lejkowego powoli 900 gramów wzmiankowanego wyżéj czystego rozczynu solnego, ogrzanego do 88° C. Natychmiast wystąpiła znaczna poprawa w stanie choréj. Oddech stał się swobodny, tętno wyczuwalne, odnogi ciepłe. Niestety poprawa ta trwała bardzo krótko. Już w kilkanaście minut po skończeniu infuzyi tętno w tętnicy sprychowéj znów znikło, a w pół godziny potém oddech był znów tak mozolny a odnogi tak chłodne jak przed operacyją. Osłabienie i niepokój wzmagały się coraz bardziéj i chora umarła w 1½ godziny po operacyi. O wlewaniu krwi ludzkiéj nie było w obec nieuleczněj choroby ani mowy. Przebieg w tym przypadku był zatém zupełnie taki sam, jak w doświadczeniach moich zauważyłem zawsze, gdy jeszcze przed wlaniem rozczynu solnego do żył upuszczono bezwzględnie za dużą ilość krwi (¾ całéj ilości), to jest znaczne lecz zawsze tylko krótkotrwałe polepszenie stanu. Możemy więc z tego śmiało wnosić, że jest to obojętną rzeczą, czy do wlewania użyjemy czystego rozczynu solnego, czy téż z małym (1 : 1000) dodatkiem węglanu solnego, że więc doświadczeniom Maydla i moim znaczenia dowodowego odmawiać nie można, i że infuzyję solną uważać należy tylko jako środek silnie podniecający czynność serca, który jednak po bezwzględnie za dużéj utracie krwi nie jest w stanie utrzymać ustrój zwierzęcia cieplokrwistego przy życiu.

III. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

II.

Chirurgija narządu oddechowego bierze sobie za przedmiot i miąższ płucny. W chorobach opłucny już i stara chirurgija, acz nie w tych co dziś rozmiarach, swych sil próbowała, płuco samo zaś dopiero ostatniemi laty pod wpływem już ustalonéj antiseptyki stało się przedmiotem chirurgicznego leczenia. Kwestyja to więc dziś jeszcze zupełnie nowa, mająca swoich zagorzałych zwolenników i stanowczych przeciwników, tak pomiędzy internistami jak i chirurgami; w każdym jednak razie doniosłość jéj wymaga, aby jedni i drudzy nie spuszczali jéj z oka, a przedewszystkiém, aby interniści na podstawie dokładnych informacyj o obecnym stanie téj sprawy z całém zaufaniem swych chorych powierzali leczeniu chirurgicznemu.

Chirurgija opłucny szybkim krokiem zmierza ku ustaleniu sobie pewnych niewzruszonych wskazówek. Co się tyczy wypociny surowiczéj ostréj powszechna na to panuje dziś zgoda, że o powstrzymaniu sprawy wypacania za pomocą punkcyi nikt kusić się nie będzie, zwłaszcza po doświadczeniach, jakie w tym kierunku zrobiono we Francyi. Z drugiéj znów strony w razie nagromadzenia się znacznéj ilości płynu, duszności i t. d. wypuszczenie wypociny stanowi wskazanie ratunkowe; w tym więc razie nikt z punkcyją ociągać się nie powinien. Inne atoli pytanie, co robić w razie, jeżeli mimo wyczerpania wszelkich środków resorbcyjnych wewnętrznych i zewnętrznych, wypocina wprawdzie się nie wzmaga, ale i nie ustępuje. Pod względem więc terminu operacyi pomiędzy lekarzami panuje wielka różnica zdań; a jak każdy ma w ręku dowody na słuszność swego zapatrywania, tak i nas nauczyło doświadczenie, że dłużéj nad 2—3 tygodni czekać nie należy, bo jakkolwiek każdemu praktykowi znane są przypadki, w których ociąganie się wessania przez kilka tygodni ostatecznie pomyślnie się zakończyło, nie pozostawiwszy po sobie skutków długotrwałego płuc ucisku, doświadczenie jednak uczy, że takie uporczywe wypociny najczęściéj po punkcyi szybciéj ulegają wessaniu, a tym sposobem niepozorna operacyja całéj sprawie chorobowéj pomyślniejszy nadaje obrót.

Inaczéj nieco z wypociną następową u chorych płucnych. Należy nam się zgodzić na to, że jeżeli pierwotna choroba jest nieuleczna, wypuszczenie wypociny opłucnowéj na wiele nam się nie przyda. Co się zaś tyczy gruźlicy, owéj głównéj sprawczyni wypocin następnych, należy uwzględnić obszar nacieku, stan zdrowego płuca a przedewszystkiém ogólny stan chorego. Od pospiechu operacyjnego wstrzymuje nas fakt niezaprzeczony, że po wystąpieniu wypociny postęp sprawy gruźliczéj jakby się wstrzymał, po wydaleniu zaś wypociny gruźlica często przedzierzga się w okres ostry. Nie brak atoli i takich spostrzeżeń, w których po wydaleniu choćby tylko częściowém wypociny gorączka i duszność ustępują i stan chorego znacznie się poprawia.

Czy zdarzają się wypociny posokowate pierwotnéj natury, jak niektórzy utrzymują, czy téż każda tego rodzaju wypocina jest następną, jako skutek zgorzeli, w to nam nie wchodzić, operacyja i to wczesna wskazana tu jest bezwarunkowo.

Wiadomo, że często (5% Powell) u suchotników skutkiem pęknięcia wrzedzienicy powstaje odma piersiowa i ostatnim bywa aktem smutnego końca tych chorych. Na stole sekcyjnym można się przekonać, że nietylko wielkie jamy gruźlicze, ale i małe niepozorne jamki bronchiektatyczne rozpadają się i wywołują napływ powietrza do opłucny. Często się zdarza, że te przetoki powietrzne po pęknięciu jamy znów się zamykają, powietrze już się niemi do jamy opłucnowéj nie dostaje, lecz sprawa chorobowa pierwszym atakiem wywołana idzie daléj, pod parciem powietrza ustępuje serce i wątroba, powstaje dusznica, a do tego wszystkiego przyłącza się wysięk opłucny zwykle surowiczy, często ropiasty lub posokowaty. W takich przypadkach punkcyja stanowi zawsze wskazanie ratunkowe celem zmniejszenia ciśnienia śródklatkowego, co téż po wypuszczeniu powietrza i płynu z jamy opłucnowéj natychmiastową ulgą poznać się daje. Nie braknie téż przykładów zupełnego przez te zabiegi operacyjne wyleczenia (Rochelt).

Przystępując do omówienia sprawy wypocin opłucny ropiastych stwierdzić musimy przedewszystkiém powszechną już dzisiaj zgodę na to, że o wessaniu rzeczywiście ropiastéj wypociny mowy być nie może. Co się zaś tyczy drugiéj możliwości wydalenia ropy, mianowicie przedziurawienia klatki piersiowéj, to i ta komplikacyja grozi często sposoczeniem wydzieliny, nieskończenie długiém ropieniem i drążeniem ropy w najrozmaitszych kierunkach, a wreszcie ogólném charłactwem. Liczyć na perforacyję i wykrztuszenie ropy, rzecz również ryzykowna, jak doświadczenie uczy. Świeżo operowany przypadek przekonał mnie, że mimo cały rok trwającego ropnia lewéj opłucny, sześciu przetok międzyże-

browych i perforacyi ku oskrzelom, a więc odpływu ropy w dwóch równocześnie kierunkach, ani czas ani rzekomo korzystne warunki wewnętrznéj komunikacyi nie były w stanie wpłynąć stanowczo na przebieg sprawy ropnéj, tak iż przy operacyi znalazłem u owéj jedynastoletniéj pacyjentki znaczną ilość wydzieliny krwawéj w stanie gnilnego rozkładu. Rozległa resekcyja żeber z przodu i z tyłu klatki piersiowéj stała się tu, jak w wielu innych przypadkach, operacyją zbawczą.

W obec tedy powyższych uwag, w ropniu opłucowym nie ma innego wskazania, jak tylko wydalenie ropy i to jak najwcześniejsze, póki wśród lękliwego wyczekiwania chory nie zcharłowaciał, a płuca skutkiem długotrwałego ucisku do działania stały się niezdatnemi. Wprawdzie pod wpływem obfitéj produkcyi błon rzekomych płuco stosunkowo wcześnie mogło uledz naciskowi, lecz i takie przypadki dzisiaj nie dają powodu do zwątpienia w skutek operacyi, zwłaszcza w obec resekcyi jednego lub więcéj żeber i możności wydalenia choćby części tychże błon rzekomych. Że po operacyi nie zawsze następuje zupełna *restitutio ad integrum*, to także nie przemawia przeciw rękoczynowi, bo operacyja wydala tylko produkty zapalenia, saméj zaś sprawy zapalnéj nie znosi; im wydalenie jednak wcześniéj nastąpi, tém lepiéj.

Nie mamy zamiaru wdawać się w rozbiór poszczególnych metod operacyjnych, zaznaczamy tylko, że najwybitniejszy postęp pod wpływem metody antiseptycznéj osiągnięty w tém widzimy, iż dokładniéj określono wskazania, kiedy wypocinę usunąć należy za pomocą prostéj punkcyi, a kiedy ona nie wystarcza, lecz uciec się należy do przecięcia klatki piersiowéj lub wreszcie do wypiłowania żebra, jako do najradykalniejszéj wprawdzie ale też w skutkach swoich najdonioślejszéj metody. Uwzględnić należy i tę okoliczność, że również pod tarczą antiseptyki metody szerokiego otwierania klatki stały się energiczniejszemi, skoro dziś wiemy, że antiseptyczne otwieranie jamy piersiowéj nie jest szkodliwe, bo powietrze ulega wessaniu. Tak tedy trudnoby nam już dzisiaj zrozumieć ducha owego niezbyt jeszcze odległego czasu, kiedy Dupuytren, zachorowawszy sam na ropne zapalenie opłucny, gdy mu proponowano przekłucie klatki piersiowéj, miał odpowiedzieć, że woli umrzeć raczéj z ręki Boga, niż z ręki człowieka.

Chirurgiczne leczenie miąższu płucnego jest dziełem ostatnich dopiero lat. W miarę postępów antiseptyki i licznych zdobyczy operacyjnych w leczeniu jam ciała osiągniętych, a głównie, jak się zdaje, skutkiem coraz częstszego i śmielszego traktowania ropni opłucnowych na drodze operacyjnéj ustaliło się przekonanie, że i miąższ płucny tak jak każde inne utkanie anatomiczne da się chirurgicznie leczyć. W obec antiseptyki bowiem faktem jest niezaprzeczonym, że odczyn miejscowy po operacyjach w miąższu płucnym wykonanych w niczém się nie różni od oddziaływania innych tkanek, zapalenia więc obawiać się nie potrzeba. Dotychczasowe doświadczenie uczy zaś, że obawa co do krwotoku z płuc także jest płonną, w żadnym bowiem ze znanych dotychczas przypadków nie było takiego krwotoku, któryby się opanować nie dał, lub zgubne za sobą pociągnął następstwa. Przyszłość chirurgii płuc nie zależy więc od powyższych dwóch czynników, lecz inna okoliczność staje jéj dotychczas na zawadzie, mianowicie niepewna jeszcze podziśdzień dyjagnostyka płucnych ognisk zapalnych, które dla noża przystępnemi uczynić zamierzamy. Tyczy się to szczególniéj jam w miąższu płucnym, ich umiejscowienia, kształtu i innych pytań, które dla chirurga wielkiéj są doniosłości, a na które dyjagnostyka fizyczna bardzo często przybliżone tylko dać nam może odpowiedzi. Często natrafia się na jamę tam, gdzie jéj się niespodziewano, lub odwrotnie, nie znajdujemy ich tam, gdzieby je według objawów fizycznych prawie na pewne znaleźć należało. Mimo to de Cérenville *(De l'intervention opératoire dans les maladies du poumon. Revue med. de la Suisse. rom.* T. V, wrzesień, 1885) nie waha się twierdzić, że dostawanie się operacyjne do płuc nietylko jako zabieg chirurgiczny nie jest niebezpieczne, ale nawet pod pewnemi warunkami dozwolone jest jako środek dyjagnostyczny.

W chirurgicznêm leczeniu miąższu płucnego mamy na celu dostać się najkrótszą drogą do płuc celem jużto wstrzyknięcia w nie płynów, których działanie ma sprawić pewne zmiany w miąższu płucnym, jużtéż celem wypróżnienia jam w tymże miąższu powstałych i dalszego ich traktowania według ogólnych zasad chirurgii. Jako trzecie wskazanie uznają niektórzy resekcyję płuc gruźlicą zajętych (Ruggi).

Że miąższ płucny za pomocą wstrzykiwań jodku potasowego da się zamienić w tkankę bliznowatą, stwierdzono doświadczeniami na zwierzętach (Koch). Mosler i inni doświadczenia te zużytkowali na gruźliczych płucach ludzkich, atakując jużto wprost naciekiem zajęte części płuc, jużtéżto ich najbliższe otoczenie. Używano w tym celu wyskoku, sublimatu, kwasu salicylowego, karbolowego, wstrzykując płyny te przez ściany klatki piersiowéj za pomocą odpowiednich narzędzi. Próbowano także (Mosler, Seifert i inni) wstrzykiwań płynów dezinfekcyjnych do jam miąższu, lecz rezultaty nie odpowiedziały oczekiwaniom i metoda ta obecnie poszła w zapomnienie, do godności metody ściśle chirurgicznéj nigdy się nie podniosłszy.

Już w r. 1873 Mosler wspólnie z Hüterem otworzyli jamę bronchiektatyczną prawego górnego płatu płucnego u chorego gorączkującego w stanie upadku sił. Odczynu operacyjnego prawie nie było, polepszenie znaczne, ostatecznie zejście śmiertelne wśród objawów zwyrodnienia skrobiowego w kilka miesięcy po operacyi. Na zjeździe Wiesbadeńskim (1883) Mosler referował o późniejszych swoich spostrzeżeniach i od tego czasu literatura chirurgii miąższu płucnego urosła do pokaźnéj już liczby przypadków. Edward Bull (referat Lauensteina w *Centrblt f. Chir.*, 1884, str. 334) w r. 1884 zebrał 26 operacyj płucnych: z tych wyzdrowiało 4 operowanych, znaczne polepszenie nastąpiło u 6, ulga u 9, a żadnego skutku nie było u 7 chorych. Heitler (*Centralbl. f. d. gesammte Therapie*, 1886, zeszyt 6, 7, 8) w r. b. wylicza: 2 jamy gruźlicze, 13 jam bronchiektatycznych, 8 ropni płucnych, 5 przypadków zgorzeli, 1 jamę powstałą skutkiem wpadnięcia zęba trzonowego, 32 przypadki bąblowca (John Davies Thomas z Adelajdy). Statystyka ta atoli nie jest zupełną, albowiem sam de Cerenville (l. c.) cztery razy operował jamy gruźlicze, a po nim także kilku innych.

Najczęściéj dotychczas operowano z powodu jam bronchiektatycznych. Wiadomo, że chorzy na rozstrzeń oskrzelową stosunkowo długo mogą się mieć dobrze, dopiero, gdy wydzielina się zatrzyma i sposoczeje, wtedy wśród gorączki następuje zatrucie gnilne, lub téż przystępują powikłania, przerzuty do stawów lub do mózgu, zapalenia miąższu płucnego i krwotoki. Wśród takich okoliczności podjęte operacyje, jeżeli nie były wykonane zbyt późno, wykazują wyniki mniéj lub więcéj pomyślne, w każdym razie znaczne polepszenie; Lyell poleca operacyję na podstawie własnych doświadczeń, C.

Lauenstein operował jamę prawego szczytu, poczém chory przez dwa lata oddawał się ciężkiéj pracy zawodowéj, a umarł na krwotok z téjże jamy. Edward Bull ogłosił dotychczas cztery własne spostrzeżenia, z których ostatnie z r. 1884 dotyczyło, jak sekcyja wykazała, bronchiektazyi cylindrycznéj obu płatów dolnych i średniego z licznemi zrostami opłucny. C. F. Williams operował jamę powikłaną z otokiem opłucny i uzyskał znaczne polepszenie. U Kaczorowskiego (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1883, Nr. 29) 11-letniéj dziewczynki rozpoznanie chwiało się pomiędzy otokiem opłucny a jamą; operacyja wykazała jamę, którą otworzono i drenowano. Znaczne polepszenie, ostatecznie zejście śmiertelne, sprawdzono między innemi otok opłucny, wywołany przez wpadnięcie drenu. Cérenville operował dwa przypadki i o tyle pomyślny osiągnął skutek, że wydzielina tak co do ilości jak i jakości znacznie się poprawiła. Pierwszy chory, manijakalny, umarł na inanicyję we dwa miesiące, drugi w 9 tygodni po operacyi. Rochelt (*Beiträge zur chirurg. Behandlung* etc. odbitka z *Wiener medizinische Presse* 1886 Nr. 32 sequ.) robił torakotomiję z powodu otoku opłucny, a we dwa dni po operacyi badając palcem płuca znalazł chełbocące na ich powierzchni miejsce i otworzył jamę. Wyzdrowienie zupełne i trwałe. Mój przypadek dotyczył chłopca 15-letniego, który po żarnicach (*morbilli*) zapadł na zapalenie płuc, a badanie w trzy miesiące potém przedsięwzięte wykazało mierną ilość cuchnącéj otorbionéj wypociny ropiastéj opłucnowéj, z powodu któréj wykonałem resekcyję VIgo i VIIgo żebra w linii pachowéj. Wypuściwszy ropę i przepłukawszy jamę opłucną, reflektorem rzuciłem światło w powstały po operacyi otwór i spostrzegłem miejsce płuc, wydzielające krwawy, posokowaty płyn, który się otworem wielkości bobu na wierzch wydobywał. Nożykiem Potta o długim brzeszczocie rozszerzyłem otwór i wszedłszy weń palcem przekonałem się, że jestem w jamie dolnego lewego płatu, wielkości dużego włoskiego orzecha. Jamę wytamponowałem skrawkiem gazy jodoformowéj, któréj drugi koniec wyprowadziłem na zewnątrz. Takaż tamponada jamy opłucnowéj. Opatrunek z gazy sublimatowéj i siana drzewnego (*Waldwolle*), obejmujący całą klatkę piersiową. Wyzdrowienie zupełne w ciągu 8 tygodni.

IV. Jaglica w wojsku i środki zaradcze.

Podał

Dr. Józef Talko.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Inne środki przyczyniające się do zmniejszenia w wojsku chorób, ocznych, o którychto środkach wspominałem poprzednio były stósowane „wedle możności“ podług orzeczenia wzmiankowanego rozporządzenia Wydziału wojny z r. 1885. Muszę jednak przyznać, że najsłabszą stroną w téj mierze jest zbyt ciasne pomieszczenie ludzi, niedostateczne opalanie koszar i spanie na „narach“, na których żołnierze leżą jak śledzie, jeden obok drugiego, co ma miejsce w znacznéj części wojsk. Usuwa się to według możności, powoli, z niemałą jednak trudnością, wyłącznie z przyczyn ekonomicznych.

Co się tyczy umywalni i ręczników, znajdują się one już wszędzie, chociaż w niedostatecznéj ilości. Do wody w umywalniach, przeznaczonych dla chorych jaglicowych, dodają środki ściągające i dezinfekcyjne. W niektórych częściach wojsk znajdujemy i mydło, tak niezbędne dla rąk naszego żołnierza, który palcami najbardziéj roznosi przyrzut chorób spojówki.

Lekarze dość często oglądają oczy żołnierzy. Z tego powodu nie zdarzają się u tych ostatnich zaniedbane choroby oczne, a bardzo rzadko spostrzegamy przechodzenie lekkich, katarowych zapaleń spojówki w ropne lub dyfterytyczne; niektóre nawet przypadki podawane przez lekarzy pułkowych w rubryce „zapalenie ropne“, jak się osobiście przekonałem, nie były w wielu razach niczém, inném, jak ostrym zaraźliwym katarem (*Schwellungscatarrh*), chociaż na początku grożnym, lecz łatwo ustępującym, bez złych następstw dla oczu. Z obawy kontroli i pisemnych wyjaśnień przed władzą lekarską okręgu, lekarze niezwłocznie odsyłają takich chorych do najbliższych szpitali, tak, że tylko w wyjątkowych razach przybywają do tych ostatnich chorzy z wadliwym wzrokiem a tém więcéj z utratą tegoż.

Że odbywanie warty wywołuje u nas jaglicę i szczególnie sprzyja sprawom zapalnym spojówki, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Dla tego téż zwrócono uwagę z jednéj strony na lokale warty, z drugiéj na to, aby u ludzi wyznaczonych na wartę i z niéj powracających lekarz dyżurny natychmiast oglądał oczy. Jeśli badanie wykaże zapalną czerwoność oczu i zwiększoną wydzielinę (przekrwienia spojówki nie uwzględnia się), odsyła się chorego w téj chwili do lazaretu. Z przykrością wyznać muszę, że nie wszędzie zwracają uwagę na ciasnotę, niedostateczną wentylacyję i złe oświetlenie strażnic. W 5tym batalijonie strzelców (Nowo-Radomsk), w którym w czasie miesięcy zimowych liczba jaglicowych doszła do 120, znalazłem strażnicę wilgotną i nadzwyczaj ciasną 0,23 sz. sążni powietrza na człowieka! W 14 dragońskim pułku litewskim (Włocławek) znalazłem w grudniu znaczną liczbę chorych ocznych, w skutek zaostrzenia jaglicy. I cóż się okazało? Dowódcy szwadronów wybrali celem utworzenia oddziału, odbywającego straż w głównéj kwaterze pułku, wszystkich jaglicowych ze szwadronów rozlokowanych po wioskach, i odesłali do miasta pod pozorem, że tam będą się znajdować pod dozorem lekarzy i mogą się leczyć. Jako dotknięci suchą jaglicą, chorzy ci nie potrzebowali leczenia i daleko korzystniéj byłoby im pozostać na wsi. W miejskich zaś koszarach, przy częstém naznaczaniu na wartę, większa połowa tych żołnierzy nabawiła się zwiększonego wydzielania z choréj spojówki i musiała być leczoną. W skutek przedstawienia zrobionego naczelnikowi 5téj dywizyi jazdy, wydał tenże rozkaz, żeby na przyszłość dotknięci jaglicą nie odbywali warty.

Ponieważ zajęcia rzemieślnicze i naukowe przyczyniają się także do rozwoju chorób ocznych u żołnierzy, zwrócono uwagę na obszerność lokali przeznaczonych dla uczących się komend, jakotéż dla krawców i szewców pułkowych, na czystość w nich i dostateczne oświetlenie dzienne i wieczorne. Wedle możności nie wyznaczano jaglicowych wcale do pracowni krawieckich ani nie zaliczano do uczących się komend.

W liczbie przyczyn grających pierwszorzędną rolę w podtrzymywaniu i rozszerzaniu się sprawy jaglicowéj w wojsku należy bez wątpienia rok rocznie przypuszczanie do oddziałów wojsk rekrutów dotkniętych tém cierpieniem [1]). Nie mé-

[1]) Przed paru laty popisowym, cierpiącym na jaglicę, dawano w rekruckich komisyjach odroczenia. Dziś z jaglicą kwalifikują u nas do służby wojskowéj. — Dr. Iskierski, korpuśny lekarz w Odesie, w polemicznych swych artykułach, drukowanych w wojenno-lek. czasopismach, słusznie dowodzi, że do służby wojskowéj nie powinni być przyjmowani popisowi z jaglicą, a których corocznie wybierają do 10.000 w wojsku rosyjskiém. W pruskiéj armii i korpusie wir

wiąc o liczbie rekrutów przybywających do warsz. okręgu wojskowego z katarem spojówki, samych jaglicowych przybyło w r. 1884 przeszło 1000 ludzi, a w r. 1885: 1426 pierwszych z liczby 35.871 rekrutów w ogóle, przysłanych do ukompletowania wojsk, tj. 29,8 pro mille. Cyfra ta, może nieco powiększona przez lekarzy niektórych oddziałów wojsk, w każdym razie jest dość wysoką. Podział rekrutów jaglicowych bywa niejednostajny: do niektórych oddziałów wojsk przybywa po kilkudziesięciu, do innych po kilkunastu i kilku ludzi, odpowiednio do tego, z jakich miejscowości przybywają nowozaciężni. Największy % jaglicowych dają nam Łotysze i Tatarzy, a także Wielkorosyjanie pracujący w fabrykach. W ogóle do skompletowania piechoty przybyło 1243 jaglicowych rekrutów, kawaleryi 63, saperów 18 i artyleryi 102. Po przybyciu do oddziałów wojsk lekarze badają ściśle oczy rekrutów a w razie odkrycia jaglicy lub też stanu zapalnego oczu odsyłają natychmiast do komendy jaglicowéj lub do lazaretu.

Mówiąc o jaglicy i o środkach przedsięwziętych celem zmniejszenia téjże w wojskach warsz. okręgu wojennego, nie mogę zamilczeć o daszkach przy czapkach; wiadomo bowiem, że kiepi w wojsku rosyjskiém zastąpiono niedawno czapkami bez daszków. W skutek odezwy lekarza dywizyjnego 3ciéj dywizyi gwardyi okręgowy wojskowy inspektor lekarski zrobił przedstawienie do komenderującego wojskami okręgu następującéj treści: w odezwie lekarza dywizyjnego powiadomiono, że noszenie daszków przy czapkach przyczynia się do wyleczenia jaglicy. Chociaż nie mamy dotąd ścisłych naukowych danych co do tego, o ile brak daszków przy czapkach wpływa na zwiększenie się chorób ocznych u żołnierzy wojsk regularnych w naszym klimacie, i chociaż wiadomo, że w oddziałach wojsk nieregularnych (kozacy), mimo braku daszków z dawien dawna chorób ocznych prawie nie ma, nie można nie przyznać pewnego higijenicznego znaczenia daszkom, jako środkowi chroniącemu oczy od bezpośrednich promieni słonecznych. Przytém badając higijeniczne znaczenie daszka przy czapkach, należy zwrócić uwagę na barwę zewnętrznéj jego powierzchni, szczególnie w lecie. Czarna powierzchnia daszka pochłaniająca wiele ciepłych i świetlnych promieni, w dni jasne mniéj więcéj się rozgrzewa i do pewnego stopnia może wywołać rozdrażnienie chorych, biała zaś powierzchnia, jako odbijająca cieplne i świetlne promienie, nie przedstawia téj niedogodności. Dla tego téż chcąc mieć pewną ochronę ócz w jasne dni, należy nosić daszki z powierzchnią zewnętrzną barwy białéj. Lecz daszek, jakiegoby on nie był koloru, wpływać na leczenie jaglicy nie może, chociaż ze względu wyżéj wspomnianego daszek biały może w części zmniejszyć niebezpieczeństwo zaostrzenia jaglicy, co w każdym razie ma godne uwagi znaczenie.—Komenderujący wojskami odmówił pozwolenia noszenia daszków chorym na jaglicę.

Na tém kończę mój artykuł może nie bardzo ciekawy. Przekona się jednak z niego cierpliwy czytelnik, że higijena oczna w wojsku rosyjskiém jest na porządku dziennym. Obowiązkiem okręgowego okulisty jest bacznie śledzić, aby we wszystkich oddziałach wojsk okręgu zalecone i nakazane sanitarno-higijeniczne środki wedle możności ściśle były stósowane. To téż w ciągu 1885 r. w warszawskim okręgu wojskowym nie mieliśmy ani jednéj epidemii chorób ocznych; prawda, w paru pułkach choroby oczne nieco się wzmogły, lecz okręgowy okulista przedsięwziął natychmiast środki zaradcze i żaden szeregowiec nie poniósł uszczerbku na wzroku.

Musimy jednak bezustannie pilnie czuwać nad żołnierzami, zaciągnionymi w spisach „jaglicowych“. Zadaniem naszém o ile możności zmiejszać ilość tychże i zabezpieczać od przejścia t. zw. suchéj jaglicy w stan zapalny. Średnia ilość jaglicowych w ciągu 1885 r. była 8.350, czyli 67,2 *pro mille*. Podług rodzaju broni:

W piechocie:	6579	jaglicowych	czyli	83,6 *pro mille*
„ kawaleryi	1123	„	„	64,1 „ „
„ inżynieryi wojsk.	201	„	„	59,9 „ „
„ artyleryi	447	„	„	23,8 „ „

Z téj tablicy łatwo powziąć przekonanie, że najwięcéj mamy do czynienia z ocznemi chorobami w pułkach piechoty, potém idzie kawalerya, saperowie i artylerzyści. W pułkach dońskich kozaków jaglica jest białym krukiem, niezaprzeczenie wpływa na to rzadkość jaglicy u młodych Kozaków nad Donem, a także i to iż podczas służby więcéj korzystają oni ze świeżego powietrza niżli z koszar, tego głównego czynnika rozwoju jaglicy w wojsku.

tembergskim, w skutek tego, że chorzy jaglicowi nie przyjmowani są do szeregów, na 100 chorych w ogóle ze wszystkiemi chorobami wypada ocznych 2, 3 (1 oczny na 40 z in. chorobami), gdy tymczasem w armii rosyjskiéj cyfra ocznych dochodzi 12, 13 (1 oczny na 8 z in. chorobami).

V. Oceny i sprawozdania.

Położnictwo.

A. Martin: Zestawienie statystyczne przypadków całkowitego wycięcia macicy od strony pochwy z powodu raka.

W zestawieniu, o którém mowa, autor starał się o wykazanie nietylko wyników operacyi saméj, ale o wykazanie wyników późniejszych, jakich ten sposób operowania raka macicy w danych przypadkach dostarczył. Według wzoru Hofmeiera Nagel wywiadywał się dla niego, jużto za pomocą urzędów pocztowych, jużtéż za pośrednictwem urzędu meldunkowego, o dalszych losach osób operowanych i dostarczał mu odnośnych notatek. Tą drogą udało się powziąć wiadomość o wszystkich operowanych prócz sześciu. Mimo to jednak, że usiłowania Nagla względnie pomyślnie wypadły, to aby ocenić należycie stosunek doszczętnego wyleczenia, uważa autor za konieczne rozgatunkowanie pojedynczych przypadków. W tym celu wyklucza te przypadki, w których podczas operacyi wycięto wprawdzie macicę w całości, ale nie wycięto wolném okiem dostrzegalnych szczątków zwyrodnienia rakowatego. Nadto z pomiędzy przypadków, w których po oglądaniu wolném okiem doszczętnie części zwyrodniałe wycięto, wyklucza te, w których zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem samego zabiegu operacyjnego. Wreszcie zwraca uwagę na okoliczność, że trzeba przypuścić okres, w którym się rozwój dalszy nowotworu wstrzymuje, co ze względu na małą liczbę przypadków na różne formy raka przypadających, w ocenieniu wyników przedstawia trudności. Sześć przypadków operował metodą Freunda, gdy jednak wszystkie zakończyły się śmiercią, od roku 1880 operuje tylko od strony pochwy. Zmienionym sposobem Freunda operował późniéj raz w przypadku, gdzie obok raka szyjki znajdowało się *Fibroma corporis uteri intraligamentosum et tumor ovarii*, drugi raz w przypadku raka *corporis uteri*, gdzie i szyja była zniszczoną. Pierwsza wyzdrowiała po operacyi i w ciągu roku

nastąpiło odnowienie się nowotworu, druga umarła w pierwszym tygodniu nieokazując oddziaływania, pod wpływem ogólnego charłactwa.

Od roku 1880 do połowy stycznia b. r. wykonano w klinice prof. Martina 134 operacyj całkowitego wyłuszczenia macicy. 125 operacyj wykonał on sam, 9 Düvelius jego asystent. Pomiędzy temi 94 operowano z powodu raka, z których znów w 66 przypadkach wycięto nowotwór doszczętnie, w 28 zaś niezupełnie.

Z tablicy, w której autor zestawia 66 przypadków, gdzie nowotwór wycięto doszczętnie, wynika, że umarło osób 11, zatém 18 na sto. Przyczyny zejścia śmiertelnego: zakażenie gnilne 5 przypadków, zapad i niedokrewność 4 przyp., zator tętnic płucnych 1 przyp., ogólne charłactwo obok przewlekłego nieżytu oskrzelowego 1 przyp. Ze względu na umiejscowienie zwyrodnienia nowotworowego osoby pozostałe przy życiu rozdzielają się: rakowca części pochwowéj 5 przypadków, z tych 2 wyzdrowiało, 2 okazują odnowę nowotworu, w 1 niewiadomy jeszcze wynik; raka szyi macicy 36 przypadków, 17 wyzdrowiało, w 12 przypadkach nowotwór się odnowił, w 7 wynik niewiadomy; raka ciała macicy 14 przypadków, 12 wyzdrowiało, 1 okazuje odnowienie się nowotworu, 1 wynik jeszcze niewiadomy.

Po koniec roku 1885 operował 44 osób, z tych wyzdrowiało 31, zatém 70·3 na sto, odnowienie się zaś nowotworu wystąpiło u 13 osób, zatém 29·7 na sto. W przypadkach uznanych za wyleczone stwierdzono stan 1 ¼—5 lat po dokonanéj operacyi. Pomyślny wynik w przypadkach raka ciała macicy przypisuje temu, że ognisko nowotworowe jest oddzielone, na boku od systemu chłoniczego, który zakażenie przenosi.

Ku końcowi zestawia autor przypadki, w których wycięcie nowotworu nie było doszczętne. Pomiędzy 28 w 4ch przypadkach z powodu kruchości tkanin było niemożebném doszczętne wycięcie nowotworu; jedna osoba ze stłuszczeniem serca umarła 4go dnia po operacyi wśród wysokiego charłactwa i zapadu; z 8u przypadków śmiertelnych w 2ch było zakażenie gnilne, w 5u wynędznienie, w jednym następowy krwotok były przyczynami zejścia. Dwa razy dokonał wyłuszczenia macicy, gdy w przypadkach nienadających się do operacyi otworzył jamę Douglasa i nie widział innego sposobu zatamowania krwotoku.

M. nie radzi dokonywania operacyi, tam gdzie już się znajduje naciek koło macicy, przekonał się bowiem, że operacyja bywa w takich razach znacznie utrudnioną, o wiele więcéj niebezpieczną skutkiem utraty znaczniejszéj ilości krwi, i nie ma nadziei wyzdrowienia, co więcéj nie bywa nawet czasowego polepszenia.

Wreszcie wypowiada autor zdanie, że pytanie co do uleczności raka macicy w jego różnych postaciach wymaga do rozstrzygnięcia większéj liczby spostrzeżeń i dłuższego czasu spostrzegania. W kwestyi jednak co do sposobu leczenia pewnych postaci raka szyi macicy uważa podaną liczbę przypadków i czas trwania obserwacyi za dostateczny, aby zbić zdania zupełnie potępiające to leczenie i operacyi wyłuszczenia całkowitego macicy we wszystkich postaciach raka macicy pełne prawo zapewnić. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 5). *Dr. Mars.*

Okulistyka.

Nieden: **Przypadek niezdolności do czytania (Dyslexia, Dysanagnosia).**

Autor spostrzegał niezdolność do czytania, jako pierwszy objaw ciężkiéj ogniskowéj choroby mózgu u 39-letniego, zresztą zdrowego mężczyzny. Zboczenie to polegało na tém, że chory po przeczytaniu w jednym ciągu 3 do 4 wyrazów odwracał jakby ze wstrętem głowę i przypominał swojém zachowaniem się cierpiących na wodowstręt, gdy się im poda napój. Wezwany, żeby czytał daléj, zadawał sobie chory wyraźny gwałt, lecz po przeczytaniu dalszych 3 do 4 wyrazów okazywał znów ten sam wstręt, a wezwany do ponownego przezwyciężenia się przerywał czytanie po jednym do dwóch wyrazach i popadał w rodzaj omdlenia, pochylając się zmęczony w tył i żaląc się na przykrą zgniłą woń, którą uczuwał. Ta sama woń wyprzedzała napady omdlenia, które w ostatnim czasie przed śmiercią częściéj występowały. Chory mógł dowolnie długo powtarzać to, co mu czytano i pisać łatwo i biegle, gdy mu dyktowano. Inne czynności umysłowe nie okazywały żadnego zboczenia, pamięć nie cierpiała bynajmniéj, zboczeń mowy nie dostrzeżono wcale. Na cztery dni przed śmiercią wystąpił lekki, przemijający niedowład nerwu twarzowego i odnóg prawych. Oględziny pośmiertne wykazały w lewém ciałku prążkowaném trzy ogniska udarowe, pochodzące z różnych czasów. (*Arch. f. Augenheilk.* Knappa i Schweiggera T. XVII, Zeszyt 2). *Rydel.*

Gałęzowski: **O zastósowaniu termokauteru w okulistyce.**

Autor zaleca według własnego doświadczenia w licznych przypadkach zastosowanie termokauteru w następujących chorobach: 1) W organiczném podwinięciu powiek i rzęs. Chcąc usunąć te zboczenia, nie dość jest, jak w zwykłych sposobach operacyjnych, działać na skórę i mięsień powiek, lecz przedewszystkiém na chrząstkę, która jest wykrzywioną i zniekształconą. Zaleca więc G. przyżegać powiekę równolegle do jéj brzegu zagłębiając się przez skórę i mięsień aż do chrząstki, przez co sprowadza się jéj wyprostowanie. 2) Za przykładem Gayeta z Lyonu, który pierwszy z dobrym skutkiem przyżegał wrzody żrące rogówki, upowszechnił się obecnie ten sposób leczenia. Autor stosował go z korzyścią w przypadkach wrzodów pełzających (*u. serpiginosum*). W przypadkach wrzodów żrących z zebraniem ropy w komórce przodkowéj autor przecina naprzód wrzód sposobem Saemischa, a następnie przyżega termokauterem brzegi ranki czy to zaraz, czy też w kilka dni późniéj. Wrzody przewlekłe rogówki, wytwarzające się w starych bliznach z oddzieleniem częściowém warstw rogówki, goją się wybornie po przyżegnięciu wszystkich części owrzodziałych. 3) Daléj zaleca autor użycie termokauteru do wypalania guzków złośliwych na rąbku spojówki. Po wyłuszczeniu takich rakowców, nawet najdokładniejszém, wydarzają się często recydywy, tak iż wyrobiło się przekonanie, że rakowiec brzegu rogówkowego wymaga wyłuszczenia gałki ocznéj. Autor widział Desmarresa dwukrotnie wyłuszczającego oko z tego powodu, a najnowsze podręczniki ogłaszają spostrzeżenie tego rodzaju. Autor sam wyłuszczył przed laty z tego powodu oko w jednym przypadku. Potępia on wyłuszczenie oka jeszcze widzącego, mającego tylko małą narośl na brzegu rogówki i zaleca wyłuszczenie nowotworu a następnie głębokie wypalenie termokauterem, a to na podstawie trzech przypadków w ten sposób operowanych. W jednym z tych przypadków dotąd, po upływie czterech, w drugim po upływie dwóch lat, w trzecim zaś po upływie piętnastu miesięcy nie ma ani śladu recydywy. 4) W przypadkach czerniakowych mięsaków twardówki. (*Recueil d'ophthalmol.* 1886 Grudzień). *Rydel.*

Uhthof: **Badanie wpływu chronicznego zatrucia wyskokowego na ludzki narząd wzrokowy.**

Autor korzystając z kliniki Westphala, Schölera i zakładu

dla obłąkanych w Dalldorf pod Berlinem, zdołał w ciągu lat kilku zebrać bardzo poważną cyfrę, bo 1000 chorych, leczonych w tych zakładach z powodu ciężkiego chronicznego zatrucia wyskokowego, obserwując zaś wielu z nich przez czas dłuższy, a w kilku badając po śmierci mikroskopowo nerwy wzrokowe, doszedł do cennych rezultatów, dających należyty pogląd na sprawę chorobową, odgrywającą się dość często w narządzie wzrokowym, a znaną dotąd prawie wyłącznie pod nazwą niedowidzenia wyskokowego. Zaraz na wstępie spotykamy się z historyjami sześciu przypadków, w których po śmierci badano mikroskopowo nerwy wzrokowe. Obok innych niewątpliwych objawów ciężkiego zatrucia wyskokowego stwierdzić można było nieraz upośledzenie bystrości wzroku, centralny brak *(scotoma)* wrażliwości siatkówki na barwę czerwoną i zieloną, wziernikiem zaś charakterystyczne szarawo-białe zabarwienie zewnętrznéj połowy tarczy n. wzrokowego. We wszystkich przypadkach znalazł autor przy autopsyi zmiany chorobowe w nerwach wzrokowych, które już na przekrojach poprzecznych gołém okiem były widoczne. Ograniczały się one jedynie do téj części nerwu, w któréj przebiegają włókna nerwowe, zaopatrujące plamkę żółtą i jéj najbliższe sąsiedztwo, a ponieważ tworzą one w swym przebiegu przez n. wzrokowy śrubowaty zakręt, dla tego i ognisko chorobowe zajmujące zewnętrzną połowę przekroju poprzecznego tuż za gałką oczną uskutecznionego w dalszym przebiegu przesunęło się na połowę dolną takiegoż przekroju. Ognisko to, odbijające barwą szarawą wyraźnie od prawidłowych biało zabarwionych części, rozciągało się zawsze wzdłuż całéj oczodołowéj części tegoż nerwu, w kilku zaś razach i w *chiasma n. optici* było widoczném. Zmiany chorobowe polegały na rozmaicie silnie rozwiniętym zaniku włókien nerwowych w następstwie sprawy zapalnéj toczącéj się w siatce tkanki łącznéj, otaczającéj pojedyńcze pęczki tychże. Autor stara się udowodnić, iż nie jestto prosty pierwotny zanik włókien nerwowych, jak np. zdarzający się w *tabes*, lecz mający cechy zaniku pozapalnego, i dla tego nie waha się nazwać zmiany powyższe, wywołane zatruciem wyskokowém, zapaleniem n. wzrokowego, ograniczającém się jedynie do części pozagałkowéj tegoż, *„Neuritis retrobulbaris“*. W dalszym ciągu rozprawy pragnąc należycie wyzyskać tak obfity materyjał stara się autor odpowiedzieć na trzy następujące pytania:

1) Jak często w ogóle występują zmiany chorobowe wziernikowe pod wpływem chronicznego zatrucia wyskokiem?

2) Czy zawsze zmianom tym na dnie oka towarzyszy upośledzenie wzroku?

3) Jakie jest zakończenie niedowidzenia wyskokowego i o ile zmiany chorobowe wziernikowe usunąć się dają?

Na 1000 chorych okazujących objawy ciężkiego chronicznego zatrucia wyskokiem znalazł autor 139 razy, a więc w 13·9% mniéj lub więcéj charakterystyczne zmiany na dnie oka, polegające na tém, iż skroniowa część tarczy nerwu wzrokowego traci swój czerwony odcień przyjmując szarawo-białe zabarwienie. Autor uważając zmianę tę jako najważniejszy symptom, przypisuje jéj wielkie diagnostyczne znaczenie, szczególnie w zakładach dla obłąkanych. Dziwna rzecz, iż blisko u połowy powyższych chorych (u 65, tj. 6·5%) nie można było stwierdzić żadnego upośledzenia wzroku, co autor na podstawie swoich badań anatomicznych tém tłumaczy, iż nigdy w ognisku zapalném nie znalał doszczętnie zniszczonych włókien nerwowych; zawsze bowiem mógł wykazać pewną ich liczbę prawidłowo utrzymanych. U drugiéj połowy chorych stwierdzono zawsze upośledzenie wzroku w rozmaitym stopniu wraz z centralném *scotoma* dla barwy zielonéj i czerwonéj, zaniewidzenia jednak zupełnego nigdy nie zauważano. — U 50 chorych (5·5%) tarcze nerwu wzrokowego były pozbawione połysku, o granicach lekko zamazanych i szarawo zaćmione; pomimo, iż upośledzenie wzroku zmianom tym nigdy nie towarzyszyło, uważa je autor jako najlżejszy stopień zapalenia n. wzrokowego, wywołanego wyskokiem. Względnie rzadko dały się spostrzegać zboczenia w zakresie mięśni ocznych (2·2%). Najczęściéj występowały kurcze chwilowe *(Nystagmus)* przy usiłowaniach zwrócenia oczu jak najsilniéj na boki. Wybitne porażenia mięśniowe wystąpiły wreszcie trzy razy i to zawsze obustronne porażenie mięśni prostych zewnętrznych wraz z objawami ze strony innych nerwów obwodowych *(multiple degenerative Neuritis)*.

Na trzecie wreszcie pytanie, o ile zmiany wziernikowe i funkcyjonalne z czasem usunąć się dają, nie mamy żadnéj odpowiedzi, rezerwuje ją sobie autor zapewne do drugiéj części niniejszéj pracy, drukiem dotąd nieogłoszonéj. (*Graefego Archiw.* T. XXXII). *Dr. Marcisiewicz.*

Psychijatryja.

Vty Zjazd psychijatrów włoskich w Sienie.

II. Szaleństwo.

1. Venturi: O objawach cechujących szaleństwo przemijające. Wiadomo, że wielu lekarzy nie wierzy dotąd w istnienie obłąkania przemijającego. Rzecz naturalna, jeżeli mamy rozumieć przez obłąkanie przemijające szał nagle występujący u ludzi, poprzednio zdrowych zupełnie i czerstwych, zwlaszcza mężczyzn organicznie nieobciążonych, szał dość prędko przemijający a niepowtarzający się wcale, to zachodzi niebezpieczeństwo, głównie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, że napad taki krótkotrwały, a częstokroć nie należycie przez lekarza obserwowany, uchodzić może za objaw zboczenia umysłowego, a jeżeli człowiek śród trwania onego popełnia czyn bezprawny, wypada go uznać za niepoczytnego; zachodzi więc obawa, aby napad gniewu, złości lub innego afektu, niekoniecznie chorobowego, nie uchodził za napad szału. Słusznie więc V. wychodzi z założenia, że chcąc uznać istnienie téj postaci chorobowéj, należy ją studyjować *ab imis fundamentis*. W tym celu zestawił 60 przypadków, a więc materyjał dostateczny, aby módz wysnuć z niego wnioski pewniejsze. Z tych przypadków po dokładném badaniu odlicza połowę, jako odnoszącą się do zwykłych stanów chorobowych, jak do padaczki utajonéj, obłędu macinniczego, stanów neurastenicznych, do obłędu gorączkowego, otrucia wyskokowego, obłędu połogowego, zwykłéj manii krótkotrwającéj, szału zadumowego itd. Resztę, któréj żadną miarą nie może podciągnąć pod jednę z postaci znanych, zestawia w jednę wspólną, psychozę przemijającą samoistną. Cechami wspólnemi téj psychozy są: nagłe powstanie napadu, trwanie onego co najwięcéj przez godzin 24, brak świadomości, urojenia, czyny gwałtowne, wymierzone przeciw sobie, przeciw innym i przedmiotom martwym, często napad kończy się snem, stanowiącym przesilenie, amnezyja, powrót do zdrowia zupełnego bezpośrednio po przejściu napadu, brak lub rzadkość recydywy, niezależność od zboczeń chorobowych poprzednich lub usposobienia dziedzicznego. Napady same przedstawiają się w 6 postaciach: namiętnéj, omamowéj, sennowlocznéj, popędowéj, zadumowéj i maniakalnéj; ostatnia, którą możnaby nazwać i padaczkową, odpowiada typowi klasycznemu Krafft-Ebinga lub temu, co Schwartzer nazywa „szałem chorobowym przemijają-

cym". Pod względem patogenezy autor poczytuje mechanizm téj psychozy jako odruch psychiczny wychodzący z kory mózgowéj i to na większym lub mniejszym obszarze i w rozmaitych miejscowościach, ztąd różnica w objawach i trwaniu napadu. Pomimo podobieństwa z rozmaitemi postaciami padaczki nie podobna identyfikować ostatniéj z szaleństwem przemijającém. *L. B.*

Dr. Rehm: **O nadużyciu przewlekłém chloralu.**

Dr. Grahamer: **O nadużyciu chloralu, ze względu na poczytność sądową.**

Dr. Rehm przekonał się, że w przewlekłém nadużyciu chloralu pojawiały się: wychudzenie, osłabienie, drażliwość, hypochondryja, melancholija z popędem do samobójstwa, jadłowstręt i inne choroby umysłowe. Przeciw bezsenności dość często chloral zawodzi, a osoby, co go zażywają, stają się przygnębione i apatyczne, jakby odurzone. Przytaczając liczne przypadki chorobowe opisane przez Gellhorna, Kirna, Savagea, Westphala, Stülera, Bruzeliusza i t. p., w których po chloralu przykre objawy występowały, zaleca jak największą ogléduość w dawkowaniu, i aby go jak najrzadziéj używać. Zmiany następowe po chloralu dzieli na dwa działy w miarę częstego lub rzadkiego pojawiania się tychże. Do częstych zalicza: objawy naczynioporażenne, choroby skórne, jak różyczkę, wysypkę, wyprysk, wrzody i zgorzel skóry, zboczenia przewodu pokarmowego, podniecenie i bóle w odnogach. Do rzadko spostrzeganych zalicza: owrzodzenia ropne i zgorzelinowe błony śluzowéj ust, połyku, żołądka, zapalenie płuc, drżenie, drgawki epileptyczne, arytmiję serca, porażenie odnóg, choroby umysłowe, śmierć.

Choroby umysłowe, z nadużycia chloralu powstałe, przedstawiają się w formach najrozmaitszych. Niektóre osoby łatwo przyzwyczajają się do chloralu, podobnie jak do nikotynu, alkoholu, arszeniku i narkotyków. Celem zapobiegania przyzwyczajeniu nie trzeba chloralu długo używać, lecz często przerywać lub zastępować go innym lekiem nasennym. Przyzwyczajenie atoli do chloralu nie następuje tak szybko, a przynajmniéj nie tak często, jak to ma miejsce przy morfinie. Przy dłuższém używaniu chloralu nie wymaga tenże powiększania dawek, jak to się dzieje przy morfinie. Brak chloralu nie wywołuje głodu, jak to morfin czyni, w braku chloralu podany chloral przygnębia, czyni niechętnym do pracy; gdy tymczasem w głodzie morfinowym, morfin pokrzepia i uzdalnia do pracy. (*Archiv f. Psychiatrie*. T. XVII, Z. 1).

Dr. Grahamer zestawiając te same następstwa po nadużyciu chloralu pojawiające się, zwraca szczególniejszą uwagę na objawy umysłowe. Począwszy od podniecenia podobnego do podniecenia po wyskoku lub chloroformie powstałego, wylicza wszystkie formy chorób umysłowych po chloralu powstałe, a prowadzące ostatecznie do zwyrodnienia umysłowego i niedołęztwa. Szczególniejszy nacisk kładzie na uderzające podobieństwo chorób umysłowych, powstałych po nadużyciu chloralu i po nadużyciu alkoholu. Twierdzi zatém, że chloral nie jest tak niewinnym lekiem, za jaki go dotąd uważano, przyznaje mu bezwzględnie niepośledmie znaczenie, jeżeli będzie chwilowo użyty, bo zaraz uspokaja, ale długi czas używany może stać się szkodliwym i działa trująco na umysł i ciało. Jakkolwiek wiadomo, że po chloralu choroby umysłowe występują, to jednak nie było jeszcze przypadku, gdzieby z powodu chloralizmu rozchodziło się o stwierdzenie poczytności. Z uwagi więc na podobieństwo objawów w chloralizmie, alkoholizmie, morfinizmie spostrzeganych, sądzi G., iż w przypadku chloralizmu pod względem poczytności to samo powiedzieć można, co o tamtych. W ostrém otruciu chloralowém z powodu stanu bezprzytomności o popełnieniu jakiego czynu mowy być nie może; w chloralizmie zaś należy wykazać, iż nastąpiła choroba umysłowa, albo też, że w czasie odzwyczajenia wystąpiło delirium; w takich zatém przypadkach, jakotéż wreszcie i w tych, w których nie można wykazać choroby umysłowéj, natomiast można stwierdzić, że istniały wzruszenia umysłowe lub jaki przemijający obłęd, wolną wolę także wykluczyć należy. Jakkolwiek niektóre osoby pomimo choroby umysłowéj nie okazują zboczeń inteligencyi, i przez ogół za obłąkanych uważane nie bywają, pamiętać należy, że choroba umysłowa istnieć może, i pierwéj czy późniéj w niedołęztwo przejdzie, w takich przypadkach dokładna anamneza jest niezbędną, a jeżeli podczas badania okażą się jakie zboczenia w zakresie układu nerwowego, to rzadko miniemy się z prawdą, jeżeli przypuścimy, że i umysł chwilowo albo trwale jest upośledzony. Symulacyi chloralizmu nie ma się co obawiać, bo nadużywanie chloralu nie da się symulować. Dotychczas zaś, o ile wiadomo, w chloralizmie nie popełniono czynu karygodnego. (*Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin*.) 1887). *Dr. Żuławski.*

Graf: **O wpływie umysłowo-chorych na ich otoczenie.** (Zaraza psychiczna, *folie à deux*).

Bardzo często słychać ze strony profanów poruszane pytanie: czy też człowiek zdrowy na umyśle nie może sam popaść w obłąkanie, przebywając przez czas dłuższy pomiędzy obłąkanymi? Pytanie to nastręczające się najczęściéj przy sposobności widzenia jednego lub kilku obłąkanych bywa zazwyczaj krótko przeczącą odpowiedzią zbywane. Że jednak ta odpowiedź przecząca dostateczna w obec profanów, nie jest naukowo usprawiedliwioną, dowodzą liczne spostrzeżenia, mnożące się w miarę postępu dokładnych spostrzeżeń nad obłąkanymi, nie tyle w samych zakładach ile w epoce życia przed przybyciem do zakładów.

Dwojaki wpływ wywierają przypadki obłąkania na otoczenie. Powstanie nagłe choroby umysłowéj może mieć dla otoczenia jedynie znacznie silnego wstrząśnienia umysłu i zadziałać tak samo jak inne gwałtowne bodźce np. strach, przerażenie itp. i tym sposobem stać się ostateczną przyczyną wybuchu choroby umysłowéj u osób ze skłonnością do takiego schorzenia; lub też obłąkany może treścią swoich urojeń zadziałać na otoczenie i osoby skłonne wprowadzić zwolna w labirynt swoich myśli. W przypadkach należących do pierwszéj kategoryi nie można mówić o zarazie psychicznéj, gdyż wybuch choroby umysłowéj gra rolę momentu psychicznego i jest pod względem swego działania równorzędny z innemi bodźcami. Jedynie w przypadkach do drugiéj kategoryi należących można słusznie mówić o zarażeniu psychiczném.

Życie umysłowe osób zdrowych nastręcza dosyć spostrzeżeń analogicznych: smutek i radość udzielają się otoczeniu, ściśle rzecz biorąc polega całe wychowywanie w kierunku etycznym i umysłowym na wprowadzaniu w umysł wychowanka pojęć i wyobrażeń jakiemi przejęty jest umysł wychowującego. Takie samo przyswajanie sobie obcych pojęć naturalnie patologicznych, ma miejsce w przypadkach t. zw. zarażenia się umysłowego, występującego tylko pomiędzy osobami już to pokrewieństwem już innemi okolicznościami blisko siebie postawionemi. Zarażenie psychiczne bywa najczęstszém w rodzeństwach lub małżeństwach, w których członkowie pozostają pod wpływem obciążenia dziedzicznego. Znacznie rzadziéj zdarzają się przypadki takie pomiędzy

służbą lub lekarzami w zakładach dla obłąkanych. Krafft-Ebing uważa takie przypadki za nadzwyczaj rzadkie, jakkolwiek przyznaje, że opiekowanie się obłąkanymi może stać się dla dziedzicznie obciążonych niebezpieczném.

Kazuistykę przypadków zakażenia psychicznego pomnaża G. kilku przypadkami, spostrzeganemi w zakładzie w Werneck, z których trzy zaszły pomiędzy małżeństwami, jeden pomiędzy służącą a córką jéj chlebodawczyni, reszta zaś pomiędzy rodzeństwami a jeden pomiędzy służbą w zakładzie dla umysłowo-chorych.

Przypadek ostatni skłonił autora do przejrzenia aktów zakładu, ażeby się przekonać, czy dawniéj nie zachodziły przypadki zarażenia umysłowego pomiędzy służbą zakładową a jako rezultat swoich poszukiwań podaje G. że na 385 posługaczów (mężczyzn zajętych w zakładzie od r. 1855) zdarzyły się dwa tego rodzaju przypadki, a na 378 posługaczek 6 czy 7 przypadków.

W końcu podaje G. opis pozornego zarażenia psychicznego w małżeństwie dotkniętém kiłą, która u obu członków wywołała w różnych okresach czasu chorobę umysłową. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie.* T. 43, z. 3, 1886).

Dr. Schaitter.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 26 stycznia 1887 r.

Przewodniczący kol. Mikulicz. Członków obecnych 25.

1. Przewodniczący przedłożył uchwałę Komitetu Tow. co do sposobu, w jaki ma się odbyć uroczystość jubileuszowa Przeglądu Lek., oraz określił stanowisko, jakie ma zająć Tow. lek. krak. w obec jubileuszu p. protomedyka Biesiadeckiego. Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

2. Kol. Obaliński przedstawił mężczyznę, u którego na powiece górnéj ściągniętéj blizną po oparzeniu i odwiniętéj ku górze, dokonał dermanaplastyki rokującéj dobrze.

W dyskusyi wzięli udział koll. Rydel i Mikulicz, oraz koll. Prus i Sondermayer.

3. Kol. Pieniążek przedstawił 2 chore, które leczył na przerost błony śluzowéj krtani. Sprawa podobna schodzi zwykle od brzegów strun głosowych w dół na boczne ściany krtani, znana pod nazwą *chorditis vocalis infer. hypertrophica.* Zdarza się ona często obok *rhino-scleroma* lub störkowskiéj *blenorrhoea.* W przypadku omawianym obie chore przedstawiają stan ten powstały skutkiem *blenorrhoea.* U jednéj już osiągnięto wyleczenie, druga jest w toku leczenia. Metody leczenia są: 1) Rozszerzenie sposobem Schröttera *a)* bez tracheotomii, za pomocą rurek kauczukowych, *b)* po tracheotomii za pomocą czopków cynowych. 2) Szeparowicza: laryngofisura z wycięciem części przerosłych, wykonana tu raz przez kol. Obalińskiego. 3) Rozszerzenie od dołu za pomocą baloników, które prelegent przedstawił w Tow. przed paru laty lub czopków cynowych od dołu wprowadzanych. 4) Operowanie części przerosłych od dołu, najlepiéj przez wypalenie galwanokauterem. U jednéj z chorych po pierwszéj próbie rozszerzania wypadało wykonać tracheotomiję, po któréj dopiero rozszerzanie nie czopkami, lecz rurkami Schröttera, a następnie wypalenie reszty przerosłych części od góry i od dołu. Obecnie szpara głośni jest szeroka, rurkę zatém wyjęto a chora wróciła z posiedzenia Tow. bez kaniuli.

4. Kol. Mikulicz przedstawił chorego, który cierpiał na nerwoból szczęki dolnéj, języka i skroni *(nervus temporalis superficialis).* Skutkiem tego przedsięwzięto operacyję wycięcia kawałka n. żuchwowego. Skoro jednak bóle nadal utrzymywały się, dokonał prelegent wycięcia całéj 3éj gałęzi n. troistego. Od téj pory chory czuje się dobrze, prócz pewnéj pozostałéj nieczułości prawéj połowy języka i obojętności téjże na pewne podniety smakowe.

W dyskusyi wziął udział kol. Cybulski, który zapragnął zbadać fizyjologicznie ten przypadek.

5. Kol. Walentowicz przedłożył okazy pasorzytów z gatunku kolcopysków olbrzymich *(echinorrynchus gigas).* (Ogłoszone w Przeglądzie Lek.). *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie z dnia 9 lutego 1887 r.

Przewodniczący kol. Mikulicz. Członków obecnych 22.

1. Przewodniczący oznajmił, że obchód jubileuszowy Przeglądu Lekarskiego z przyczyn nieprzewidzianych odroczony zostaje.

2. Kol. Rydel przedstawił mężczyznę, u którego dokonał irydotomii z przyczyny zarośnięcia żrenicy skutkiem ciężkiego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego po wydobyciu zaćmy powikłanéj, przyczém omówił historyję tak irydotomii jak i w ogólności operacyj przedsiębranych po nieudałych wydobyciach zaćmy.

3. Kol. Gluziński odczytał swą obszerniejszą pracę: „O działaniu fizyjologiczném i leczniczém siarkanu sparteinu“.

W dyskusyi wzięli udział koll. Mikulicz, Obaliński i Rosner.

4. Kol. Krokiewicz okazał preparat, przesłany Zakładowi anatomii patologicznéj, z przypadku typowéj przepukliny Littrego, którą świeżo operował kol. Obaliński.

Dr. Dobruchowski.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

○ W dzienniku ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém pomieszczono w Części II z r. 1887 pod Nrem 2 rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 11 grudnia 1886 l. 20.815 dotyczące cennika leków na r. 1887.

W Części IV pod Nrem 4: Obwieszczenie galicyjskiéj c. k. kraj. Dyrekcyi skarbu z d. 21 stycznia 1887 L. 100415/1886 dotyczące poddania szmat pod kontrolę w okręgach pogranicznych. W uzupełnieniu rozporządzenia c. k. Ministerstwa skarbu i handlu z d. 13 grudnia 1886 (Dz. u. p. z r. 1887 Nr. 2), którym poddano szmaty w myśl austryjacko-węgierskiéj ustawy cłowéj pod kontrolę w okręgach pogranicznych Czech, Morawii, Śląska, Galicyi, Austryi górnéj, Salcburga, Tyrolu i Vorarlbergu, podaje wspomniane obwieszczenie szczegółowe postanowienia w tym względzie.

○ Austryjackie Ministerstwo spraw wewn. zamierza ogłosić nowe wydanie Farmakopei z uwzględnieniem postępów terapii i farmacyi od czasu wydania 6go, t. j. od r. 1869. Przeprowadzenie ma być poruczone ściślejszemu komitetowi, mającemu pod przewodnictwem radzcy ministeryjalnego Dra Schneidera w pierwszym rzędzie opracować ogólny zarys zmian. Korporacyje, których sprawa ta dotyczy, zostały już wezwane o wybór delegatów, a w szczególności wiedeńskie gremijum aptekarskie.

○ W skutek zarządzenia państwowego Ministerstwa wojny będą w tym roku wszystkie komisyje poborowe zaopatrzone w narządy potrzebne do badania wzroku i słuchu.

○ Tajne środki. Prezydent policyi w Berlinie podaje do publicznéj wiadomości: 1) że zalecany *Esprit de Menthe* przeciw bólom i darciom głowy a sprzedawany po cenie 50 fenigów nie jest według urzędowego rozbioru niczém inném, jak wyskokiem zaprawnym olejkiem miętowym i małą ilością eteru octowego. Wartość rzeczywista sprzedawanéj ilości wynosi 10 fenigów.

2) że „wyciąg na odgniotki“ (*Hühneraugenextrakt)* sprzedawany we flaszeczkach po 50 fenigów i 1 marce jest według urzędowego rozbioru jedynie nieczystym kw. octowym zabarwionym brunatno obojętnemi istotami organicznemi. Wartość flaszeczki wraz z treścią sprzedawanéj po 50 fenigów równa się 10 fenigom.

3) Że krople życia Hessego sprzedawane w Berlinie przez Wolffskiego według rozbioru chemicznego są wyskokowym roztworem różnych olejków eterycznych, jakie zawarte są w zwykłéj wodzie kolońskiéj z dodatkiem eteru octowego. Rzeczywista wartość treści flaszeczki sprzedawanéj po 3 marki wynosi 30 fenigów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29·2. Z dławca umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (14 z. t.); z zapalenia płuc 6 (12 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospianki, 1 róży, 5 duru osutkowego ze Świątnik i Zatora. W tygodniu od 6—12 lutego umarło z ospy: w Berlinie, Wiedniu, Wenecyi, Odesie po 1; w Warszawie 4, w Petersburgu 6, w Budapeszcie 17, w Pradze 5, w Paryżu 4. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 1, w Londynie 2. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 13, w Paryżu 20, w Petersburgu 18. Z odry umarło: w Berlinie 7, we Wrocławiu 6, w Paryżu 32, w Londynie 24. Z płonicy umarło: w Wiedniu i Kolonii po 9; w Budapeszcie 7, w Londynie 15, w Petersburgu 7. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 36, we Wrocławiu i Dreźnie po 7; w Hamburgu 17, w Wiedniu 10, w Pradze 9, w Budapeszcie i Kopenhadze po 7, w Paryżu 38, w Londynie 25, w Petersburgu 19. Z krztuśca umarło: w Paryżu 17, w Londynie 37.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,3; we Lwowie 36,4; w Brodach 35,6; w Drohobyczu 46,6; w Kołomyi 34,3; w Przemyślu 54,0; w Stanisławowie 43,0; w Tarnopolu 36,5; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 26,3; w Warszawie 26.7; w Poznaniu 29,3; w Wiedniu 30,3; w Salcburgu 37,1; w Gracu 33,9; w Tryjeście 36,6; w Insbruku 42,4; w Pradze 39,3; w Bernie 43,7; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 23,6; w Berlinie 23,2; we Wrocławiu 30,5; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 20,9; w Hamburgu 29,2; w Kolonii 28,7; w Lipsku 23,2; w Mnichowie 26,9; w Strasburgu 23,6; w Brukseli 28,3; w Budapeszcie 34,0; w Chrystyjanii 17,5; w Kopenhadze 23,8; w Londynie 17,6; w Odesie 27,5; w Paryżu 24,9; w Petersburgu 31,4; w Stokholmie 16,0; w Wenecyi 27,9.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 marca. Na ostatniém posiedzeniu swém Wydział lekarski zamianował Dra Surzyckiego 2im asystentem przy klinice lekarskiéj a Dra Buzdygana elewem przy téjże klinice, każdego na 2 lata począwszy od 1 marca r. b.

* Gmina Uścieczko, powiatu zaleszczyckiego, poszukuje lekarza za roczném wynagrodzeniem 300 złr.; dochód za oglądanie bydła i oględziny zmarłych wynosi około 100 złr.; wolne pomieszkanie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Erlanga.** Na opróżnioną po odejściu Zweifla posadę profesora położnictwa przedstawiony został *primo loco* docent monachijski Dr. Ryszard Frommel. — **Berlin.** Habilitowali się: Dr. Leo (z chemii lekarskiéj), Dr. Müller (z patologii), Dr. Thomsen (z neuropatologii) i Dr. Winter (z położnictwa). — **Budapeszt.** Nadzw. prof. Babes powołany został do Bukaresztu. — **Insbruk.** Katedrę okulistyki opróżnioną po Schnablu ma otrzymać Dr. Borysikiewicz. — **Wrocław.** Docenci prywatni Drowie Wiener i Lesser mianowani zostali proff. nadzw.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prymaryjusz szpitala żydowskiego we Lwowie, Dr. Herman Witz, otrzymał tytuł radcy cesarskiego

* **Nekrologija.** Mam sobie za obowiązek udzielić szanownéj redakcyi smutnéj wiadomości, że dnia 20 lutego zmarł tu w Horodence kolega śp. Dr. Piotr Sakowski, b. uczeń wszechnicy Jagiellońskiéj, a to z tyfusu plamistego, którym zaraził się przy leczeniu epidemii w Jasienowie, poruczoném mu przez tutejsze c. k. Starostwo. Z wielkim żalem odprowadzony został na miejsce wiecznego spoczynku, bo byłto lekarz niezmordowanéj i sumiennéj pracy i człowiek wielkiéj prawości charakteru. Mimo troskliwéj opieki ze strony rodziny i sześciu lekarzy tak miejscowych jak i z Kołomyi i Czerniowiec, zmarł w 13 dniu choroby, zostawiwszy wcale niezaopatrzoną żonę i sześcioro dzieci. Cześć jego pamięci! *Dr. Adam Skibiński*,
c. k. lekarz powiatowy w Horodence.

W Oporcu pod Stryjem umarł d. 28 lutego Dr. Zawadziński, uczeń Uniw. Jagiell., który uzyskawszy dyplom przed 3 laty pełnił obowiązki lekarza przy przedsiębiorstwie kolejowém.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 2: Funk: Obecny stan leczenia syfilisu. — W *Medycynie* Nr. 9: Trzcińskiego: O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci; Meyersona: Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych (dok.)— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Ziemińskiego: Podmiotowe oznaczenie statycznéj refrakcyi oka za pomocą retinoskiaskopii; Zweigbauma: Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy (dok.); Nenckiego i Fabiana: O przetworach fermentowných z mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 8: Rumszewicza: Niezwykły przypadek zrostu powiek z gałką oczną; Tymowskiego: Próby racyjonalnego leczenia gruźlicy płuc; Obalińskiego: Mimowolna laparotomija. Wyleczenie. — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 3: Szpilmana: Zaraza drobiu zwana cholerą kur.

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. Szcz. ZALESKI: Das Eisen u. d. Hämoglobin im blutfreien Muskel (Odbicie z *Centralbl. f. d. med. Wiss.* 1887 Nr. 5, 6) in 8vo, str. 8.

TENŻE: Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego (Odbicie z *Przegl. Lek.* 1887) in 8vo, str. 26.

Dr. BOGDANIK: Bericht über d. in d Privatpraxis ausgeübten grösseren Operationen. Biala 1877, in 8vo, str. 19.

Dr. LETZEL (w Monachium): Beiträge zur Therapie des Eczems (Odbicie z *Allg. med. Centr. Ztg.* 1886) in 8vo, str. 8.

TENŻE: Das Oleum Santali als Antiblenorrhagicum (Odbicie z *Allg. med. Centr. Ztg.* 1886) in 8vo str. 4.

OTTO WELLER: Exper. u. klin. Beobachtungen über d. Wirkung d. Hyoscins in d. Augenheilkunde. Dorpat 1887, in 8vo, str. 48, z 2 tabl.

Prof. Dr. N. CYBULSKI: Nowy przyrząd do zbadania prędkości ruchu krwi i jego zastósowanie. (Odbitka z *Kosmosu*) Lwow 1886, w 8ce, str. 191.

Sprostowanie. W Nrze 9 na str. 134 zamiast Vian ma być Viau, a w wierszu 9m od góry zamiast już, tuż.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. G. w K Zamiast „mniéj więcéj“, które zarówno jest złém wyrażeniem, jak niemieckie *mehr weniger*, którego jest tłumaczeniem, umieściliśmy „mniéj lub więcéj“, jak pisać należy, a na co i w niemieckim języku już dawno zwrócono uwagę.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 b. m. o godzinie 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) docent Gluziński będzie miał wykład zapowiedziany poprzednio, poczém 2) docent Jaworski mówić będzie o sposobie otrzymania treści żołądkowéj za pomocą aspiratora przenośnego Dra J. Czyrniańskiego, jakoteż o znaczeniu i sposobie badania téjże w połączeniu z demonstracyjami klinicznemi, 3) docenci Gluziński i Jaworski przedstawią nowe wytwory lecznicze. Przed wykładami załatwione będą naglące sprawy administracyjne, dla których jak najliczniejsze zebranie się Członków jest pożądane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS

na opróżnioną posadę lekarza przy szpitalu powiatowym w Horodence, w którym chorych pielęgnują Siostry miłosierdzia. Pensyja 400 złr. rocznie. Praktyka jest wolną. Wymaganemi są studyja nauk wszech lekarskich. Podania przyjmuje Wydział powiatowy w Horodence do 10 marca 1887.

Cieński.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w Otyni, (gdzie wkrótce zaprowadzonym będzie Sąd powiatowy) z roczną płacą 250 złr., lub jeżeli sam dochody do niego należące pobierać zechce, przychód będzie znacznie większy. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1 kwietnia 1887.

Zwierzchność gminna w Otyni dnia 18 lutego 1887.

Oleynik, W. gm.

Levico naturalna woda mineralna w *arsen* i *żelazo* zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń) z silnem działaniem leczniczém w *osłabieniu, niedokrewności, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach miesiączki, zimnicy* itd. Składy w aptekach i składach wód mineralnych.

Dawno uznana naturalna przeczyszczająca



WODA

Franciszka Józefa gorzka

wyborna przez swe łagodnie rozwalniające a silnie przeczyszczające działanie

zawiera w 100 grm. siarkanów 47·9 chlorku magnu 1·8, dwu węglanu sodowego 12. — Na składzie we wszystkich składach wód mineralnych; uprasza się jednak Panów Lekarzy używać zawsze oznaczenia „Franciszka Józefa Woda gorzka"

Dyrekcyja rozselki w Budapeszcie.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy i Sanatorium

w Zuckmantel (na Śląsku austr.)

otwarty przez rok cały.

Dr. Z. Dobieszewski

Lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie, autor dzieła: *„Przewodnik do klimatycznego leczenia"* praktykować będzie w zimie

w Meranie.

(*Villa Traubenheim*).

Najlepsza woda do picia w czasie epidemij.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój oszezwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pecherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wieden.

FABRYKA ZAŁOŻONA W NOWEJ ZIEMI ROKU 1849.

APTEKA HOGG'A, 2, RUE CASTIOGLIONE W PARYŻU.

HUILE DE FOIES FRAIS de MORUE de HOGG



TRAN Z ŚWIEŻEJ WĄTROBY SZTOKFISZOWEJ, HOGG'A,

pierworodny, koloru słomy, smaku sardynek. *Na gruźlicę, katar, dla dzieci słabych, bardzo pożywny.* — Tran ciemniejszego koloru, znacznie niższej ceny, pochodzi z wątrób zepsutych, co jest przyczyną jego koloru i odrażającego smaku.

(*Opinia Akademii medycznej*).

Tylko we flakonach trójgraniastych jak okaz — Flakony nieopatrzone na etykiecie pieczęcią Rządu Francuzkiego uważać należy za podrobione.

Dostać można we wszystkich lepszychaptekach.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE ELIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

LECZENIE dyspepsyi czyli upośledzonego trawienia, utraty apetytu, zwątlenia, upadku sił i osłabienia, niedokrewności, mozolnego powrotu do zdrowia po ciężkich słabościach wymiotów podczas ciąży: uporczywych zaburzeń gastrycznych kiszek u dzieci; wypróbowane w klinikach najslawniejszych lekarzy w Paryżu, jakotoi PP. Archambault, Bouchut, Gubler itd. Łyżka stołowa zawiera 50 centygramów pepsyny dozowanéj połączonéj z różnemi istotami gorzkiem. pomagającemi trawieniu. Doza dla dorosłych: Kieliszek zwyczajny przy każdém jedzeniu, dla dzieci jedna do dwóch łyżek od kawy,

W Paryżu w aptece p. Grez 34, ulica Labruyère.

W Krakowie w aptekach PP. Redyka, Wiszniewskiego, Trauczyńskiego i Siedleckiego; we Lwowie w aptekach PP. Mikolascha, Wiewiórskiego. Ruckera i Sklepińskiego.

ZAKŁAD FABRYCZNY WÓD SZTUCZNYCH MINERALNYCH

WODĘ SODOWĄ HIGIJENICZNĄ

i

WODĘ SODOWĄ KWAŚNĄ LECZNICZĄ

mocniejszą i słabszą

z polecenia i według wskazówek Szan. Komisyi przemysłowéj Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wyrabia i rozsyła, pierwszą w syfonach i flaszkach, drugą tylko we flaszkach.

K. RZĄCA i CHMURSKI

w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 12 Marca 1887. Nr. 11.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O leczeniu ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań mieszanki jodoformowéj.

Napisał
Dr. Sondermayer
operator w téjże klinice.

Leczenie ropni zimnych, zwłaszcza większych, było do niedawna słabą stroną chirurgii. W czasach przedantiseptycznych byłato choroba, w któréj lekarze trzymali się zasady *noli me tangere.* Otwarcie bowiem takiego ropnia groziło wówczas wielkiém niebezpieczeństwem choremu, z jednéj strony z powodu możliwego zakażenia rany, z drugiéj z powodu, iż powierzchnia ranna wydzielając masę ropy podkopywała tak siły chorego, iż zwykle chorzy tacy z ogólnego wyniszczenia, ze zwyrodnienia skrobiowatego narządów miąższowych ginęli. Po wprowadzeniu zasady przeciwgnilnego leczenia ran stosunki się naturalnie znacznie polepszyły. Dziś możemy ropień zimny bez obawy otworzyć, wewnętrzną jego powierzchnię, właściwe ognisko prątków gruźliczych, wyskrobać a nawet i zeszyć, a operując ściśle przeciwgnilnie możemy być prawie pewni, że rana zgoi się przez rychłozrost. Warunkiem jednak niezbędnym jest usunąć wszystko niezdrowe, usunąć zwłaszcza ognisko pierwotne, a to w wielu przypadkach jest wprost niemożliwém. Mam tu na myśli ropnie opadowe. Tu ognisko pierwotne leży znacznie wyżéj; czasem zaś nawet tak jest ukryte, iż zupełnie wynaleźć go nie możemy. Środki dawniéj tu używane okazały się albo bezskutecznemi, a nawet wręcz szkodliwemi, albo téż bardzo niepewnemi. Wiemy przecież, iż ropnie zimne same przez się mogą uledz wessaniu; nieliczne więc wyleczenia pod wpływem tego lub owego środka do tego właśnie trzeba nieraz odnieść. W tym czasie pojawił się nowy środek przeciwgnilny, pilnie przez rozmaitych chirurgów polecany, a przez niektórych wprost jako środek swoisty przeciw gruźlicy miejscowéj zachwalany — jodoform. Wówczas to prof. Mikulicz pierwszy *(Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie. Wiener Klinik, I Heft,* 1882, pag. 38) począł wstrzykiwać mieszankę jodoformową do zimnych ropni. Parę lat zaledwie upłynęło od pierwszego ogłoszenia, a już metoda ta, jak literatura bieżąca dowodzi, coraz bardziéj bywa zastosowywaną, coraz więcéj znajduje zwolenników. W obec tego, zachęcony przez mego czcigodnego nauczyciela prof. Mikulicza, postanowiłem zestawić przypadki leczone w klinice krakowskiéj tą metodą.

Przez przeciąg przeszło 4 lat, w których prof. Mikulicz klinikę chirurgiczną krakowską prowadzi, było 21 przypadków tą metodą leczonych. Wszystkie przypadki leczono ambulatoryjnie, w skutek czego dokładnych historyj chorób podać nie mogę, a co więcéj o obecnym stanie 11 chorych, pomimo wszelkich starań, żadnych wiadomości nie mogłem zebrać. Pozostaje więc pewnych 10 przypadków, z tych 8 wyleczonych, dwa zaś z ujemnym wynikiem, mianowicie z wytworzeniem się przetoki. Krótki rys historyj chorób podaję na końcu. Co do wielkości ropni, to byłyto przeważnie ropnie większe od wielkości pięści do głowy dorosłego mężczyzny, co do umiejscowienia zaś to 6 ropni było usadowionych na grzbiecie, dwa na udzie, jeden z boku na klatce piersiowéj, jeden zaś poniżéj więzadła Pouparta. Co do przyczyny, to w 6 przypadkach można było wykazać gruźlicę kręgów, raz gruźlicę żebra, w 3 zaś przyczyny wyraźnéj nie można było wynaleźć. Wiek chorych przypadał przedewszystkiém na trzeci dziesiątek życia, mianowicie w 6 przypadkach, 3 razy między 10 a 20 rokiem, a raz w 50tym; u dzieci niżéj lat dziesięciu nigdy w naszéj klinice wstrzykiwań mieszanki jodoformowéj nie robiono. Ilość potrzebnych powtórzeń punkcyi była różną; u 2 chorych potrzeba było trzy razy wstrzykiwać i to u obu jama się wciąż jeszcze utrzymuje, jakkolwiek się już znakomicie zmniejszyła (przypadek VI i IX), u 4 dwukrotne wstrzyknięcie wystarczyło, u dwóch zaś już jednorazowa

punkcyja pożądany skutek wywarła; u obu zaś chorych operowanych z wynikiem ujemnym punkcyję raz tylko robiono. Co do ilości wstrzykniętéj mięszaniny to wahała się między 30 a 100 gramów — przy mniejszych ropniach mniejszą ilość wstrzykiwano, przy większych większą; w miarę naturalnie, jak się ropień zmniejszał, przy następnych punkcyjach coraz mniejszą ilość wstrzykiwano.

Objawów groźniejszych zatrucia jodoformowego ani razu nie uważaliśmy; jeden tylko chory skarżył się, iż w dniu wstrzyknięcia czuje się bardzo osłabionym i ospałym, przypady te jednak znikają już dnia następnego.

Czasu leczenia u naszych chorych dokładnie określić nie można; prawie wszyscy byli zamiejscowi i zgłaszali się do następnych wstrzykiwań późniéj, aniżeli się im poleciło; u 2 chorych miejscowych trzymano się zasady powtarzania punkcyi co kilka tygodni.

Wstrzykiwania te w naszéj klinice robiono w ten sam sposób, w jaki je prof. Mikulicz (jak wyżéj) w rozprawie o jodoformie podał. Po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego mydłem, a następnie roczynem sublimatu 1‰ robiono punkcyję za pomocą igły średniéj grubości z aspiratora Potaina albo Dieulafoya i to przy ropniach o skórze jeszcze zupełnie prawidłowéj na szczycie tegoż, przy ropniach zaś ze skórą już zcieńczałą na boku w miejscu, gdzie skóra jeszcze była zdrową. Po zastosowaniu następnie aspiratora wypompowywano, o ile się to dało, treść ropnia i wstrzykiwano mięszaninę w odpowiedniéj ilości. Pierwotnie polecił prof. Mikulicz mieszankę następującego składu: „*Jodoformii 10,0, Glycerini 60,0, Olei oliv. 40,0*“ wychodząc przytém z następującego zapatrywania: jodoform jako ciało względnie cięższe opada na dno w zwykłéj mięszance glicerynowéj, a więc nagromadza się również w ropniu w najniżéj leżącém miejscu; w oliwie zaś rozpuszcza się jodoform łatwo; roczyn ten ma niższy ciężar gatunkowy od gliceryny i od ropy pozostałéj lub téż nowo wytworzonéj w jamie po ropniu, układa się więc jak najwyżéj, a względnie dochodzi także do pierwotnego ogniska chorobowego. W naszéj klinice jednak używał już prof. Mikulicz zwykłéj mięszanki jodoformu z gliceryną w stosunku 1:10, przekonawszy się, że mięszanina ta, w połączeniu z opatrunkiem uciskającym, który poniżéj opiszę, zupełnie wystarcza.

Po skończoném wstrzyknięciu igłę nagle się wyjmuje a miejsce wkłucia pokrywa kawałkiem gazy jodoformowéj i małym krzyżem maltańskim z plastru lepiącego. Teraz dopiero zakładamy opatrunek z przylepca silnie uciskający sam ropień i całą jego okolicę. Paski plastrowe na dwa do cztery palce szerokie układa się w trzech do czterech warstwach dachówkowato na sobie i umocowuje się za pomocą opaski kalikotowéj; w ten sposób powstaje niejako pancerz, który miesiąc do dwóch miesięcy może spokojnie leżeć. Wedle potrzeby późniéj się go naturalnie odnawia. Prof. Mikulicz wielką uwagę przykłada do tego opatrunku, gdyż choremu nie sprawia on żadnych dolegliwości, owszem jest mu miłym, ustalając do pewnego stopnia otoczenie ropnia i chroniąc go od wpływów zewnętrznych.

Postępowanie, jak widzimy, bardzo proste; każdy lekarz ambulatoryjnie operacyję tę wykonać może, chory ani przez dzień jeden w łóżku leżeć nie potrzebuje, ani od swéj pracy się powstrzymywać.

Przypatrzmy się teraz przypadkom operowanym metodą prof. Mikulicza w innych klinikach. Fränkel (*Ueber Behandlung kalter Abscesse mit Injectionen von Jodoform-emulsion. Wien. med. Wochenschrift*, 1884, Nr. 26) z kliniki Billrotha ogłosił 20 przypadków, z tych 18 wyleczonych. I tu jak w naszych przypadkach byłyto po największéj części ropnie większe, a mianowicie 7 przypadków ropni w skutek gruźlicy żeber, 5 w skutek gruźlicy kręgów, 2 w skutek gruźlicy kości krzyżowéj, 1 nad mostkiem, 4 zaś w częściach miękkich o nieznanéj przyczynie, mianowicie na udzie, w miednicy małéj i pod kolanem. O ile z przypadków w klinice stałéj leczonych wnosić można, prof. Billroth równie jak prof. Mikulicz u dzieci niżéj lat dziesięciu wstrzykiwań nie robi. Czas trwania leczenia wynosi od 6 tygodni do 2 miesięcy. Wstrzykiwanie trzeba było również 2 do 3 razy powtarzać. Prof. Billroth radzi robić punkcyję tylko w tych przypadkach, gdzie skóra jest jeszcze zupełnie zdrową.

Andrassy (*Beiträge zur Behandlung kalter Abscesse, insbesondere mittelst Jodoforminjectionen. Beiträge zur klin. Chirurgie von Prof. Bruns, II Band, 2 Heft*) z kliniki prof. Brunsa w Tübindze podaje również 22 ropni operowanych metodą Mikulicza i to 20 z wynikiem dodatnim. Tu metodę tę zastosowano w daleko szerszym zakresie. Nie tylko ropnie duże opadowe, z których usunięcie wszystkiego chorego przez wyskrobanie było bardzo trudne albo wprost niemożliwe, były przedmiotem leczenia, lecz leczono także w ten sposób ropnie małe wielkości orzecha włoskiego, powierzchownie leżące. Również w wieku chorych jest różnica, Bruns z dodatnim wynikiem operował także 2 razy u dzieci, raz u 3-letniego, drugi raz u 9-letniego chłopca. Co do czasu leczenia i ilości potrzebnych punkcyj doświadczania kliniki tübingskiéj zgadzają się z doświadczeniami kliniki naszéj i wiedeńskiéj. Do wstrzykiwań używano mięszaniny nieco innéj, a mianowicie: „Rp. *Jodoformii 10,00, Glycerini, Aqu. destill. aa 50,00 Ms:* Przed użyciem zakłócić“ i to z tego powodu, iż rozcieńczona wodą gliceryna prędzéj bywa wessaną niż czysta, a więc nie tak długo trzeba czekać na zmniejszenie się jamy.

W r. 1884 okazała się praca Matteiego (*Traitement des abscès froids par l'injections d'jodoforme en solution dans l'ether. Thèse. Paris*) z kliniki Verneuila, a nieco późniéj praca samego Verneuila (*Injections d'ether jodoformé dans les abscès froids. Revue de chirurgie Nr. 5, 1885*) zalecająca przeciwko ropniom zimnym wstrzykiwania jodoformu rozpuszczonego w eterze. Myśl naturalnie ta sama, co w metodzie prof. Mikulicza, ani jeden, ani drugi nie wspomniał jednak o doświadczeniach poprzednio już ogłoszonych przez prof. Mikulicza i Fränkla. Czy nieznajomość obcéj literatury, czy téż rozmyślne pomijanie obcych spostrzeżeń jest tego przyczyną, o tém mogliby nas chyba sami ci panowie pouczyć. W roku przeszłym wreszcie wyszła praca Verchera, (*Traitement des abscès froids par les injections d'ether jodoformé. Revue de chirurgie, 1886, Nr. 6*) również z kliniki Verneuila w tym przedmiocie. Verneuil w 23 przypadkach mniejszych i większych ropni zimnych po wypuszczeniu ropy wstrzykiwał 5% roczyn jodoformu i otrzymywał równie zadowalające wyniki jak po wstrzykiwaniu jodoformu z gliceryną.

Na ostatnim kongresie chirurgów niemieckich wspomniał Schede, (*Verhandlungen der Gesell. der deut. Chirurgen 1886*) iż wyleczył 6 czy 7 ropni opadowych za pomocą wstrzykiwań roczynu sublimatu. Sublimat bez kwestyi dzielny środek antiseptyczny; czy jednakże tak samo dobre wyniki otrzymamy przy leczeniu tym środkiem jak jodoformem, to dopiero przyszłość okaże.

Z trzech więc klinik mamy obecnie sprawozdania o leczeniu ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań mięszaniny jodoformowéj. O skuteczności téj metody wątpić nie można; nie uwzględniając przypadków Verneuila, jako leczonych za pomocą eteru, mamy i tak na 52 przypadków tylko 6 wyników ujemnych. Dla porównania wspomnę tu o liczbie, którą Volkmann (*Verhandlungen der Gesellschaft der deutschen Chirurgen vom J. 1886)* na ostatnim kongresie chirurgów niemieckich podał przy rozprawie nad leczeniem ropni zimnych; na 58 ropni opadowych po gruźlicy kręgów leczonych przez wyskrobanie, zeszycie i drenowanie zgoiło się *per primam intentionem* zaledwie 23, u 35 zaś wytworzyła się stała wciąż sącząca przetoka, 60% więc wyników ujemnych.

W kilku jednak kwestyjach zapatrywanie prof. Mikulicza w tym przedmiocie różni się od innych. Fränkel w pracy swéj mówi, iż wstrzykiwania mięszaniny jodoformowéj są przeciwwskazane, jeżeli skóra jest nieprawidłową; otóż jak nasz przypadek IV i VII i 3 przypadki z Tübingi świadczą, niezbyt zcieńczała skóra zupełnie nie przeszkadza, aby wstrzyknięcie nie miało wywrzeć dodatniego skutku. Co do wieku dziecięcego różni się znowu prof. Mikulicz z zapatrywaniem prof. Brunsa; oparty na dawniejszém doświadczeniu z praktyki prywatnéj nie robił on już w klinice naszéj nigdy wstrzykiwań u dzieci niżéj lat 10. Spostrzeżenia jednak z kliniki tübingskiéj zachęcają do dalszych w tym kierunku doświadczeń. Wreszcie w klinice naszéj robiono dotychczas punkcyje tylko ropni dużych, opadowych lub głęboko leżących, małe zaś zwykle skrobano, a w danym razie zeszywano; praca Andrassyego wykazała, iż wyleczenie jest także możliwém w małych, powierzchownych ropniach. Czy jednak wyleczenie jest prędsze, aniżeli po wyskrobaniu i zeszyciu, o tém wątpić można; w każdym razie jestto ważne spostrzeżenie, zwłaszcza dla chorych bojących się noża i lekarzy niezbyt tęgich w antyseptyce. Mięszanina nasza różni się od mięszaniny Brunsa i rozczynu Verneuila. Co do mięszaniny tybingskiéj, to ten dodatek wody wydaje mi się zupełnie obojętnym; co do rozczynu zaś jodoformu w eterze, to jakkolwiek Verneuil nie wspomina o objawach zatrucia eterem, w każdym razie myśleć o nich należy; owe zaś ulatniające się w najdalsze kątki ropnia gazy eterowe z jodoformem zupełnie dobrze dają się zastąpić uciskającym opatrunkiem, który również mięszaninę jodoformu z gliceryną wszędzie wepchnąć zdoła.

Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, że ropnie zimne można leczyć za pomocą wstrzykiwań mięszaniny jodoformowéj, że przedewszystkiém cenną jest ta metoda przy ropniach dużych opadowych i że zasługuje na jak największe rozpowszechnienie w praktyce z powodu, iż chorego ani na dzień do łóżka nie przykuwa, a z powodu swéj prostoty przez każego lekarza bez asystencyi może być wykonaną.

Historyje chorób.

I. K. M., 24 lat. Od roku ból w kręgosłupie i na plecach. Na plecach po stronie prawéj poniżéj łopatki guz wielkości głowy dziecięcéj, wybitnie chełboczący, skóra nad guzem niezmieniona, drugi kręg piersiowy bolesny przy ucisku. Dwukrotne wstrzyknięcie. Według doniesienia listownego w 3 lata późniéj nie ma ani śladu bólu ani obrzęku.

II. A. G., 24 lat. Od 3 miesięcy ból przy zginaniu się. W okolicy 12 żebra po stronie lewéj tuż przy kręgosłupie guz wielkości głowy dziecięcéj, niebolesny, chełboczący, skóra niezmieniona. Szósty kręg piersiowy przy ucisku bolesny. Dwukrotne wstrzyknięcie. Po 6 miesiącach zupełne wyleczenie.

III. M. A., 10 lat. Od dwu lat garb, od roku obrzęk poniżéj. Wyrostek kolczasty czwartego kręgu piersiowego mocno ku tyłowi wystający, bolesny, poniżéj obrzęk wielkości pomarańczy, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Po jednorazowéj punkcyi utworzyła się choremu przetoka, która jednak obecnie po odpowiedniém leczeniu zamknęła się.

IV. F. P., 16 lat. Od 1½ roku guz na udzie, w ostatnich czasach bolesny. Na udzie prawém w okolicy krętarza guz wielkości dużéj pięści, chełboczący, skóra na szczycie nieco zaczerwieniona, scieńczała. Staw biodrowy prawidłowy. Po dwukrotnéj punkcyi wyleczenie.

V. J. P., 32 lat. Od roku bóle przy zginaniu się. W okolicy pachwinowéj prawéj guz wielkości pomarańczy, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Wyrostek kolczasty 5 kręgu piersiowego ku tyłowi wystający, bolesny. Jednorazowa punkcyja. W rok późniéj zupełne wyleczenie.

VI. S. M., 28 lat. Od 1½ roku przy zginaniu się ból. W okolicy kości krzyżowéj po stronie lewéj guz wielkości dużéj pomarańczy, niebolesny, chełboczący, skóra prawidłowa. Ostatni kręg lędźwiowy bolesny przy ucisku. Po trzykrotnéj punkcyi ropień zmniejszył się do wielkości jaja, chory pozostaje jeszcze w obserwacyi.

VII. J. M., 25 lat. Od roku bóle w boku. Na klatce piersiowéj w okolicy 8, 9 i 10 żebra po stronie lewéj z boku guz wielkości pięści, chełboczący, niebolesny, skóra scieńczała. Jednorazowa punkcyja. W 8 miesięcy zupełne wyleczenie.

VIII. J. K., 28 lat. Od 1½ roku obrzęk na plecach. Na grzbiecie po stronie lewéj guz wielkości głowy dziecięcéj, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa, żaden z kręgów nie jest bolesny. Dwukrotna punkcyja. W 7 miesięcy zupełne wyleczenie.

IX. W. M., 50 lat. Od 2 lat obrzęk na udzie. Na udzie lewém w okolicy krętarza guz wielkości głowy męskiéj, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Staw biodrowy wolny. Trzykrotne wstrzyknięcie, ostatni raz przed tygodniem, ropień zmniejszył się do wielkości jaja gęsiego.

X. M. A., 17 lat. Od ½ roku obrzęk na grzbiecie. Nad 3, 4 i 5 kręgiem piersiowym guz wielkości jaja gęsiego, chełboczący, niebolesny, skóra sinawa, scieńczała, 2 i 3 krąg przy ucisku bolesne. Jednorazowa punkcyja, w miejscu wkłucia otwór, z którego się sączy ropa rzadka.

II. Przyczynek do znajomości ran postrzałowych serca.

Podał

Dr. Justyn Karliński,

c. k. starszy lekarz wojskowy, prosektor szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu.

Lekarz wojskowy ma stosunkowo częściéj niż lekarze cywilni sposobność spotykania się już w czasie pokoju z ranami postrzałowemi serca. Głównego zastępu przypadków dostarczają tu samobójcy, minimalny procent przypada na przypadki nieostrożnego obchodzenia się z bronią palną. Samobójca z natury rzeczy obiera sobie zazwyczaj broń, z jaką najlepiéj jest obeznany i którą ma pod ręką, a statystyka wojskowa wykazuje, że w nielicznych tylko przypadkach samobójstwa śmierć nastąpiła przez powieszenie się, a bardzo

rzadko tylko przez otrucie. Z aktów prosektoryjum szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu i szpitala obozowego w Bruck nad Litawą wynika, że na 138 przypadków samobójstwa z lat 1883 do 1886, 89, to jest blisko 65 procent, przypada na broń palną, 28 na powieszenie się, 11 na utopienie, 4 na zmiażdżenie pod kołami lokomotywy, 3 na otrucie fosforem, 2 na przecięcie naczyń, 1 na otrucie się sinkiem potasu. Największy procent samobójstw w garnizonie wiedeńskim przypada na pochodzących z Węgier (40 procent), następnie z Czech (18%), Dolnéj Austryi (17%), Galicyi (15%) itd. Z wspomnianych powyżéj 89 przypadków, gdzie śmierć nastała przez użycie broni palnéj, 63 przypada na karabin systemu Werndla, 7 na rewolwer o kalibrze 11mm., 9 na rewolwer o kalibrze 9mm., 5 na rewolwer 7mm., 2 na karabin systemu Fruhwirt (żandarmeryja), 2 na pistolet o kalibrze 8mm., 1 wreszcie przypadek, gdzie za nabój użyto siekanych kawałków ołowiu.

Zazwyczaj zwraca samobójca broń palną w okolicę serca tak, że na owych 89 przypadków 50 przypada na strzały w pierś, 3 zaś na rany brzucha, reszta na czaszkę; tu zaś miejscem predylekcyjném bywa jama ustna (25 przypadków); w dwóch przypadkach strzał wymierzony był w ucho lewe w 12tu zaś w skroń. Stósownie do kierunku kanału postrzałowego rozmaite narządy klatki piersiowéj ulegają obrażeniu. Z wspomnianych 50 przypadków przypada 36 na rany serca, 7 na rany li tylko naczyń większych, reszta na rany płuca i kręgosłupa, w owych zaś 3ch przypadkach, gdzie broń przyłożoną została do ścian brzucha, uległo serce dwa razy obrażeniu.

Nie mam zamiaru wyszczególnieniem pojedynczych przypadków i opisywaniem przebiegu kanału postrzałowego zajmować uwagę czytelnika, chciałbym tylko na tém miejscu opisać 5 przypadków, które, o ile w dotyczącéj literaturze odszukać zdołałem, do rzadszych należą, a przypadki te miałem sposobność spostrzegać w ciągu ubiegłego półrocza, pełniąc obowiązki prosektora szpitala garnizonowego.

Rany serca stosunkowo mało budzą zajęcia dla chirurga, nic dziwnego, bo usuwają się z natury rzeczy z pod zabiegów chirurgicznych, oraz i z tego powodu, że nie należą wcale do ran częstych. Jaki procent poległych w rozmaitych wojnach z ran przeszywających klatkę piersiową przypada na rany serca, trudno określić; brak pod tym względem dokładnych poszukiwań a to może jest powodem, że z pewną uporczywością utrzymuje się dotychczas mniemanie, jakoby rany serca bezwzględnie i to natychmiastową sprowadzały śmierć. Co się tyczy kwestyi, czy każda rana serca koniecznie śmiertelną być musi, to doświadczenia na zwierzętach dokonane przez Velpeaua, Junga, Gerarda i innych, rozliczne zapiski o pociskach znajdowanych w sercach jeleni, niedźwiedzi i psów okazały, że rany serca zabliźniać się mogą, a przypadki, prawda że nieliczne, w których przy sekcyi znajdowano blizny niewątpliwie po ranach powstałe, pozwalają wnosić, że to samo ma miejsce i u człowieka. Co więcéj statystyka G. Fischera (*Die Wunden des Herzens u. des Herzbeutels. Archiv f. klin. Chirurgie*, IX, 1868) wykazuje, że rany serca prawie w dwa razy większéj liczbie przypadków kończyły się śmiercią po dłuższym dopiero przeciągu czasu i tylko wielkie zmiażdżenia mięśnia sercowego lub otwarcie jam natychmiastową śmierć sprowadzały. Fischer w statystyce swéj na 452 przypadków ran serca przytacza 72 przypadki zagojenia się, z których 36 stwierdzono przy sekcyi. Stosunkowo jeszcze najlepiéj goić się mogą rany kłute i cięte, gorzéj już rany postrzałowe lub zmiażdżenia. Nie rzadko w ścianach serca znajdowano otorbioną kulę lub kawałki z odzieży, ba nawet kulę we wnętrzu jam sercowych, a piszący przypomina sobie preparat ze zbioru zakładu anatomo-patologicznego w Krakowie z ziarnem szrutu w mięśniu sercowym. Z rzadkich tych zresztą przypadków zabliźnienia się ran serca przytaczam na tém miejscu jeden, jaki mi się samemu spostrzegać zdarzyło.

Inwalida I. W. w roku 1866 otrzymał ranę postrzałową w lewą połowę klatki piersiowéj. Kula weszła w linii sutkowéj lewéj w czwartym przestworze międzyżebrowym, wyszła po stronie grzbietnéj na 6cm. od kręgosłupa w wysokości 4go kręgu piersiowego. Zaraz po otrzymaniu rany miał stracić przytomność, utracić znaczną ilość krwi a po przebyciu zapalenia płuc ozdrowiał po upływie 12 tygodni. Oprócz miernego stopnia duszności i uczucia ściskania w okolicy sercowéj po większém zmęczeniu nie uczuwał nigdy znaczniejszych dolegliwości i dopiero w maju przeszłego roku przybył do szpitala z powodu obrzęku odnóg dolnych. Badanie wykazało mierny ślad białka w moczu, wałeczki szkliste przy prawidłowéj ilości wydzielanego moczu, przerost serca lewego, drugi ton nad tętnicą główną dźwięczny, zwyrodnienie miażdżycowe tętnic obwodowych i głuche lecz czyste tony sercowe. Po sześciotygodniowym pobycie w szpitalu chory umarł, a sekcyja wykazała szczególną bliznę w mięśniu sercowym: na klatce piersiowéj od przodu na 1cm. na wewnątrz od linii sutkowéj blizna w skórze wielkości krajcara nieruchomo z mięśniami i z żebrem zrosła. Brzeg górny żebra piątego nieregularnie zgrubiały, mięsień przyległy bliznowato zaciągnięty. Płuco lewe w płacie dolnym z ścianą klatki piersiowéj zrosłe na przestrzeni mniéj lub więcéj dłoni, brzegi poduszkowato powietrzem rozdęte, w środku płatu postronek 2½ cm. długi, 1cm. na przekroju gruby, ze zbitéj tkanki łącznéj szaréj złożony. Płuco z osierdziem zrosłe, na témże blizna wielkości czterocentówki z mięśniem sercowym zrosła a mięsień komórki lewéj okazuje bliznę podłużną 2·6cm. długą nieregularną, na 1cm. szeroką a na 8mm. grubą, złożoną, z szaro-białéj tkanki łącznéj, wybitnie od przerosłego i tłuszczowo zwyrodniałego mięśnia odbijającą. Blizna ta przebiega nieco ukośnie od dołu ku górze i od przodu ku tyłowi. Na tylnéj ścianie worka sercowego również nierówna gwiazdowata blizna i zrost serca z osierdziem, daléj zaś blizna w mięśniu międzyżebrowym czwartym i w skórze po stronie grzbietnéj wielkości talara o brzegach nieregularnych. W przypadku niniejszym niewątpliwie kula przebiwszy odzież i nadwerężywszy żebro przebiła płuco i drasnąwszy dość głęboko mięsień sercowy wyszła po stronie grzbietnéj. Zresztą znaleziono przy sekcyi zwyrodnienie tłuszczowe serca, miażdżycę tętnicy główném i tętnic obwodowych, rozedmę i puchlinę płuc oraz przewlekłe zapalenie nerek.

Że rany mięśnia sercowego goić się mogą, jak tego niniejszy przypadek dowodzi, znajdują się jeszcze i inne zapiski w literaturze, a w podobnych przypadkach Fischera niewątpliwie stwierdzonych na stole sekcyjnym blizny te dotyczyły komórki prawéj; mój przypadek zaś jedynie dotyczył komórki lewéj.

Nawet otwarcie jamy sercowéj niekoniecznie natychmiastową śmierć sprowadzać musi, jak tego dowodzi następujący przypadek.

Porucznik K. w zamiarze samobójczym postrzelił się z siedmiomilimetrowego rewolweru w lewą stronę klatki piersiowéj. Badałem go w 10 minut po przypadku. Utrata krwi przez ranę postrzałową znajdującą się w czwartym przestwo-

rze międzyżebrowym w linii sutkowej nieznaczna. Chory przytomny; o ile przy delikatnem badaniu stwierdzić można stłumienie serca sięga od drugiego przestworu międzyżebrowego do piątego włącznie, ku wewnątrz przekracza liniję mostkową. Uderzenia serca rzadkie, słabe, nieregularne, tony bardzo słabe lecz czyste; krwioplucia nie ma. Raniony zachowuje przytomność przez 36 godzin, wśród których tętno ledwie macalne 40—60 uderzeń, sinica, trudność w oddychaniu, bezmocz. Z powodu słabéj czynności serca, z braku krwioplucia i braku wykazać się dającego wynaczynienia do jamy piersiowéj rozpoznaliśmy ranę postrzałową serca samego, choć dziwnym był brak utraty krwi przez ranę wstrzałową i ów brak wykazać się dającéj krwi w worku opłucnowym. Przypuszczaliśmy wreszcie, że mamy do czynienia z pęknięciem mięśnia sercowego, bez otwarcia osierdzia i że kula uwięzgła gdzieś w śródpiersiu tylnem bez uszkodzenia naczyń większych. Po 36 godzinach chory umarł, a sekcyja, którą wykonałem, okazała następujące uszkodzenia serca: na opłucnéj dolnego płatu lewego wybroczyna bez głębszych zmian w miąższu płuca wielkości centa. Worek sercowy tuż przy koniuszku serca szparowato na 1cm. otwarty, w otwór wtłoczony brzeg płatu lewego zamyka komunikacyję między workiem opłucnowym a osierdziowym. Worek osierdziowy nadmiernie rozdęty, wypełniony krwią skrzepłą; w mięśniu serca lewego niedaleko od koniuszka otwór prawie okrągły, na przekroju 8mm. średnicy mający, stanowi początek kanału postrzałowego, który przebiega nieco ukośnie i ku górze w mięśniu sercowym i kończy się tuż u nasady mięśnia brodawkowego otworem na 1cm. średnicy. Zastawka dwukończysta i przedsionek nieuszkodzone nigdzie i dopiero żyła płucna lewa i to właśnie skrajniejsza tuż u swéj nasady przy przedsionku przedarta trzyma się jedynie 4mm. skrawkiem ściany serca, a w skrzepie krwi między nią a sąsiednią drugą żyłą płucną znajduje się kula nieco spłaszczona. W jamach serca lewego krwi nie ma, natomiast serce prawe krwią przepełnione, ogromny zastój w płucach i obrzęk ostry tychże, oraz przekrwienie żylne narządów brzusznych. W niniejszym przypadku kula, przeszywszy ścianę klatki piersiowéj i otwarłszy worek sercowy, wtłoczyła brzeg przyległego płuca do szparowatéj rany, zamykając tym sposobem drogę krwi, która po otwarciu komórki lewéj do worka sercowego wpływała, przeszła następnie zapewne w czasie rozkurczu między żaglami zastawkowemi i zdążała do żyły płucnéj, którą jeszcze w obrębie worka sercowego otwarła. Zmiana stosunków parcia w worku osierdziowym i w obrębie komórki lewéj wywołała ów znaczny zastój w krążeniu ogólnem; szczególniejsza tylko, że ten stan nieprawidłowy mógł trwać przez 3 godziny. (Dok. nast.)

III. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walnem Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Tylko zlokalizowana zgorzel płuc może być przedmiotem chirurgicznego leczenia. Dotychczasowe doświadczenia są wcale pomyślne, a wszystkie pochodzą dopiero z ostatnich kilku lat, lecz przedstawiają dotychczas materyjał bardzo skąpy. Znam zaledwie dziesięć przypadków (Bull, Fenger, Cayley, Biss, Fowler, Williams, Rochelt), a i ten skąpy materyjał nie daje się w zupełności zużytkować. Szczupłą również liczbę spostrzeżeń posiadamy o ropniu płucowym. Fenger i Hollister (referat w *Centralblatt f. Chirurgie*, 1882, str. 41) (1881) zestawili sześć przypadków, ale większa część tychże, z opisu wnosząc, była raczéj zgorzelą płuc, tylko jeden z tych przypadków zakończył się szczęśliwie. Heitler zebrał 8 przypadków ropnia płucowego. Rohden (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1884, str. 14) przy operacyi otoku opłucnowego znalazł ropień płucowy i przedarł go palcem. Rochelt operował dwa ropnie, z których jeden miał siedlisko w lewym dolnym płacie, drugi komunikował przez przeponę z ropniem wątroby, jak się przy sekcyi wykazało. Oba powyższe przypadki zakończyły się śmiercią.

Mój przypadek, téj jesieni operowany, dotyczył młodego mężczyzny, u którego przed kilku tygodniami jeden z wrocławskich chirurgów operował otok lewéj opłucny za pomocą przecięcia klatki piersiowéj. Przed ówczesną operacyją stwierdził Dr. Osowicki obecność wydzieliny cuchnącéj w jamie opłucny. Ponieważ jednak wkrótce otwór w częściach miękkich znacznie się zaciągnął, odpływ ropy był utrudniony i chory gorączkował, przeto okazała się potrzeba radykalniejszego zabiegu celem dokładnéj dezinfekcyi jamy ropnéj. W tym celu wykonałem resekcyję 7go żebra, a wyczyściwszy opłucnę i badając palcem płuco trafiłem na miejsce wklęsłe, które przy dobrém oświetleniu słonecznem obserwując przyjęliśmy jako ślad zagojonego prawie ropnia płucowego, który według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołał otok opłucny. Chory nasz w 6 tygodni zupełnie wyzdrowiał. Czy ropień ten był natury zgorzelinowéj, rozstrzygnąć mi było niemożebnem, w każdym jednak razie należy do rzędu zboczeń, w których zabieg chirurgiczny wpłynął stanowczo na zupełne usunięcie sprawy chorobowéj.

Obok jam rozstrzeniowych próbowano także otwierania jam gruźliczych. De Cérenville operował 4 przypadki jam szczytowych u suchotników w późnych okresach choroby, lecz osiągnięte przez niego rezultaty są zupełnie ujemne, jakkolwiek chwilowo kaszel prawie ustał i ilość plwociny znacznie się zmniejszyła. Chorzy przeżyli operacyję zaledwie kilka tygodni.

Przyznać trzeba, że wyniki zabiegów operacyjnych w chorobach miąższu płucowego, jak z powyższego widać, nie są zbyt świetne, lecz z drugiéj strony uwzględnić należy, że to zaledwie pierwsze próby, niekiedy niewprawną podejmowane ręką. Nadto widocznem jest, że brak jeszcze pewnych jasno określonych wskazań, których uwzględnienie zabiegom operacyjnym korzystniejszą na przyszłość zapewni podstawę. Zjazd Wiesbadeński większością zabierających głos uczestników stanowczo oświadczył się za tém, że jamy gruźlicze należy uważać za *noli me tangere*, ponieważ ograniczenie gniazda gruźliczego drogą operacyjną nie da się osiągnąć. Mosler, Fenger i Hollister uważają jamy gruźlicze za absolutne przeciwwskazanie do operacyi. Cérenville, mimo że także jest w zasadzie przeciwny, uważa jednak, że *la question est fort discutable* i przytacza historyję choroby młodego człowieka, który przybył do szpitala z wielką jamą prawego szczytu w stanie bezgorączkowym, odżywieniu doskonałem. Autor na operacyję wówczas się nie zdecydował. Po dwóch latach znów przybył tenże chory, lecz w stanie rozpaczliwym, a sekcyja wykazała starą jamę gruźliczą obok świeżéj gruźlicy. C. żałuje, że w przypadku tym operacyi nie podjął za pierwszém widze-

niem chorego. Zdaje się przeto, że u chorych bezgorączkowych, z trudném nader i męczącém wykrztuszaniem, we wczesnym okresie choroby i przy powierzchownem umiejscowieniu jamy, zabieg operacyjny może być usprawiedliwiony. Zresztą dalsze spostrzeżenia wykazać muszą, czy w razie wydalenia wytworów gnilnych z jamy, a może być, że i zupełnego jéj zagojenia, nie uda nam się wytworzyć tamy dla prątków gruźliczych.

Co się tyczy jam bronchiektatycznych, wskazanie operacyjne jest tu niewątpliwe. Jakkolwiek anatomiczna tychże jam budowa nie uprawnia nas do zbyt różowych nadziei, a dotychczasowe wyniki lecznicze także za tém przemawiają; to jednak ze względu, że najpoważniejsze niebezpieczeństwo grozi choremu od zgorzeli płuc skutkiem rozkładu plwociny, zadaniem naszém być powinno dotrzeć do jamy i zagoić ją, lub przynajmniéj ułatwić pozbywanie się wydzieliny. W wielu przypadkach ilość plwociu po operacyi od razu się zmniejsza, zawsze szybko następuje ich odwonienie. Gorączka i wychudnienie nie stanowią przeciwwskazania do operacyi. Williams i Godlee (*La Semaine médic.*, 1886, 13) ograniczają operacyję jedynie do tych przypadków, w których tylko jedno płuco jest chore, siedlisko jamy znajduje się w płacie dolnym i opłucne są ze sobą zlepione.

Ropień płucowy prawie zawsze wśród gorączki trawiącéj i ogólnego osłabienia kończy się śmiercią, w rzadkich bowiem tylko przypadkach ropa przebija się na zewnątrz lub odpływa jednym z większych oskrzeli. Wskazanie więc ułatwienia ropie odpływu jest prostém wskazaniem chirurgiczném, którego wykonanie o tyle lepszych spodziewać się każe skutków, im nastąpiło wcześniéj.

Wynik operacyjny chirurgii płuc zależy w znacznéj mierze od metody operacyjnéj. Dawniéj wyłącznie używana metoda przekłucia klatki piersiowéj okazała się niestosowną, przekonano się bowiem wcześnie, że jeżeli gdzie, to w drążeniu do płuc na ślepo działać nie wolno. Otwór tulejką trójgrańca uzyskany w najlepszym razie służyć może zaledwie do wypróżnienia jamy, ale nie wystarcza do zbadania jéj stosunków anatomicznych, a témsamém do jéj racyjonalnego chirurgicznego leczenia. Próbowano otwór ten rozszerzyć stożkami pęczniejącemi, lecz wkrótce uznano niestósowność tego postępowania. Przez nacięcie przestworu międzyżebrowego już daleko więcéj miejsca zyskujemy, lecz i ta metoda do głębszego wtargnięcia w miąższ płucowy nie wystarcza, do czego nam koniecznie potrzeba poprzedniego zoryjentowania się dotykiem, a w najlepszym razie także i wzrokiem. Do tego celu prowadzi nas najdogodniéj na najkrótszéj drodze resekcyja żeber.

Obok wymienionéj co dopiero większéj łatwości oryjentowania się wzrokiem, resekcyja wypełnia jeden z najkardynalniejszych warunków powodzenia operacyi, mianowicie retrakcyję klatki piersiowéj, któréj wpływ nauczyliśmy się cenić przy chirurgicznem leczeniu ropnych otoków opłucny za pomocą resekcyi żeber. Wiemy, że po wydaleniu ropy sama retrakcyja klatki wystarcza do wypełnienia próżni i blaszki opłucny znów się do siebie zbliżają, a sprawę tę przez częściową resekcyję pierścienia klatkowego korzystnie przyspieszamy. Gdy chodzi o jamę w miąższu płucowym rzecz się ma podobnie: pod wpływem sprawy zabliźnienia skutkiem resekcyi następuje retrakcyja klatki w kierunku ku wewnątrz a wśród tych warunków jama wypełnia się i zamyka. Tym sposobem resekcyja żeber polepsza warunki mechaniczne zamknięcia się jamy. Metoda ta wreszcie umożebnia racyjonalne leczenie przeciwgnilne, a doniosłość jéj w tém szczególnie się uwydatnia, że dotychczasowe doświadczenia przemawiają stanowczo przeciwko przepłukiwaniu otwartych jam płucowych płynami dezinfekcyjnemi, do czego i najmniejszy otwór w klatce piersiowéj wystarczyć może. Doświadczenia Moslera, Cérenvillea, Rochelta i nasze własne przekonały nas, że miąższ płucowy bardzo źle znosi zetknięcie się z płynami, injekcyja najczęściéj wywołuje gwałtowne napady kaszlu, a w kilku nawet przypadkach stała się przyczyną śmiertelnego zapalenia oskrzeli. Dla tego posługujemy się środkami zproszkowanemi a mianowicie jodoformu w postaci gazy jodoformowéj, która (zwłaszcza jako gaza lepka) spełnia tu znakomicie swoje przeznaczenie jako tampon aseptyczny i przeciwkrwotoczny.

Stósownie do okolicy, zkąd do płuc dostać się chcemy, operujemy w linii pachowéj, łopatkowéj, a nawet nie wahamy się już dzisiaj (Cérenville, C. Lauenstein) wbrew obawom pierwszych na tém polu pionijerów (Fenger i Hollister) docierać do szczytów płuc przez resekcyję drugiego i trzeciego żebra.

Prawie równocześnie Block w Gdańsku (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, 47), Gluck (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881, Nr. 44) i Hans Schmid (*Experiment. Studien über partielle Lungenresektion.* Referat na zjeździe niemieckich lekarzy w Salzburgu) w Berlinie podjęli prace doświadczalne celem zakonstatowania, jak zwierzęta znoszą wycięcie kawałka lub nawet całéj jednéj połowy płuc. Otóż wykazano (Gluck), że króliki w ogólności dobrze znoszą podwiązanie całego płuca, tudzież jego wyłuszczenie, a częściowe wycięcie miąższu płucowego u psów, wykonane antiseptycznie, może, zdaniem Schmida, zachęcić do zastósowania téj operacyi u człowieka, którego zdrowe płuco anatomicznie nie różni się od płuc psich. Doświadczenia te zużytkowano wkrótce: Weinlechner przy sposobności wycięcia chrzęstniaka mięsakowatego klatki, drążącego do płuc, odciął także kawałek tego narządu. Chory umarł. Częściowa resekcyja płuca, przy podobnéj sposobności ze ścisłém przestrzeganiem antiseptyki przez Krönleina wykonana, zakończyła się pomyślnie.

V. Omboni (referat z *Annali univers....* 1885 w *Centraltralblatt f. Chir.*, 1885, str. 671) wyciął kawałek płatu płucowego z powodu krwotoku postrzałowego, wykonawszy poprzednio resekcyję żebra. Chory umarł.

Z powodu gruźlicy wycinał Ruggi dwa razy po kawałku płuc; jeden chory umarł w 9 godzin, drugi w 9 dni po operacyi.

Jak widać z dat powyższych, podejmowano resekcyję płuc albo przygodnie, t. j. przy sposobności zabiegów chirurgicznych na klatce piersiowéj, bez pierwotnego wskazania do wycinania części płuc, albo też z wyraźnym z góry powziętym zamiarem. Że pierwszy rodzaj interwencyi operacyjnéj ma swoje jasne uzasadnienie, nie podlega wątpliwości, czy zaś wydalenie części płuc lub nawet całych płatów w celu leczenia gruźlicy, lub innych chorób miąższu płucowego, stanie się kiedy zabiegiem racyjonalnym, przyszłość dopiero okaże; na dziś są to tylko śmiałe próby, które w obec opinii chirurgów nie uzyskały dotąd uznania (König, Albert i inni). Któż jednak w obec postępów techniki operacyjnéj zaręczyć może, że za lat kilka lub późniéj protest dzisiejszych przeciwników nie zamieni się u ich następców lub nawet u nich samych w entuzyjazm, jak tego niejednokrotnie w dziejach naszéj sztuki mieliśmy przykłady! Dyjagnostyka wczesnych okresów chorób płucowych i ich lokalizacyi musi nam przyjść

w pomoc, a wtedy rewolucyjny wiek nasz, zburzywszy niejedno niezbyt jeszcze stare w nauce pojęcie, i w dziedzinie chirurgii płuc konsekwentnie przeprowadzi starą chirurgiczną zasadę: *Ubi pus, ibi incisio, ubi haemorrhagia, ibi ligatura, ubi tumor, ibi exstirpatio.* (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Prof. Angerer w Monachium: **Uwagi nad sporządzaniem antiseptycznych rozczynów sublimatu.**

Każdy lekarz używający rozczynu sublimatu z wody studziennéj sporządzonego, zauważył z pewnością, iż w rozczynie takim po jakimś czasie na powierzchni osadza się powłoka metaliczna. Powłoka ta składa się przeważnie z trójchlorku rtęci a tworzy się z powodu węglanów ziem alkalicznych w wodzie zawartych. Ilość tychże wpływa naturalnie na ilość wydzielonego trójchlorku tak, iż n. p. w wodzie z Monachium rozpuszcza się tylko 50% sublimatu, w wodzie zaś z Jeny zaledwie 20%. Siła więc rozczynu w ten sposób znacznie słabnie.

Aptekarz Schillinger przyszedł do przekonania, że dodatek soli kuchennéj w téj saméj ilości co sublimatu do wody studziennéj zapobiega rozkładaniu się tegoż, a doc. higijeny Emmerich wykazał na prątkach wąglikowych, iż siła antiseptyczna takiego rozczynu zupełnie jest ta sama co rozczynu sublimatu. Na polecenie prof. Angerera wyrabia aptekarz Schillinger pastylki z sublimatu i z soli kuchennéj w dwóch wielkościach, albo po ½ albo po 1 gr. obu środków. Zaletą tych pastylek jest przedewszystkiém, iż można je zawsze mieć przy sobie i że rozpuszczone w jakiéjkolwiek czystéj wodzie dają środek antiseptyczny pewny o ściśle oznaczonym składzie. (*Centralblatt für Chirurgie*, Nr. 7, 1887). *Dr. Sondermayer.*

L. Feilchenfeld (Berlin): **Przypadek przetoki pęcherzowéj powstałéj po radykalnéj operacyi przepukliny pachwinowéj.**

Przypadków zranienia pęcherza podczas operacyi radykalnéj nie ogłoszono; miało ono miejsce w przypadku operowanym przez Israela. U 51-letniego mężczyzny ze znaczną przepukliną pachwinową mosznową prawą i mniejszą pachwinową lewą wykonano zwykłym sposobem operacyję radykalną po stronie prawéj. Odpreparowano przytém (jak zwykle) worek przepuklinowy w okolicy szyjki, otworzono, a po repozycyi jelit podwiązano katgutem. Następnie wycięto go; przytém przyszło do małego naddarcia otrzewny, które zeszyto. Ranę zeszyto w dolnéj części, górną wytamponowano gazą jodoformową i założono na niéj szwy prowizoryczne.

Przebieg był z początku prawidłowym, tylko drugiego dnia wystąpiło zatrzymanie moczu; odpuszczono mocz kateterem Nélatona; późniéj oddawał chory mocz co 2 godziny, 5go dnia po operacyi oddawał chory mocz tylko co 5 godzin, a 7go dnia nastąpiło powtórne ale zupełne zatrzymanie moczu. Przy zmianie wilgotnego opatrunku zauważano mocz w ranie; założono kateter *à demeure* i opatrywano ranę odtąd codziennie; w miesiąc po wykonaniu operacyi radykalnéj nacięto moszna po stronie prawéj w dole z powodu infiltracyi moczowéj i przestrzykano 5% karbolem. Po staranném opatrywaniu rany i kilkakrotném tuszowaniu lapisem nastąpiło zupełne wyleczenie; kateter *à demeure* usunięto w 2 miesiące po operacyi radykalnéj i chory odtąd oddawał czysty mocz bez kateteru; w 3 miesiące po operacyi opuścił chory szpital.

Autor tłumaczy sobie zranienie pęcherza w tym przypadku obecnością uchyłku w pęcherzu, który znajdował się w wysokości bramy przepuklinowéj i podwiązanym został; po odpadnięciu téj szypułki utworzonéj przez ścianę pęcherza tenże zaczął wypróżniać się przez ranę. (*Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 3). *Dr. Baracz.*

Położnictwo.

Fehling: **Sposób zastępujący metodę Ritgena wytaczania główki od strony odbytnicy.**

W przypadkach, gdzie główka przerzynając się przez szparę sromową przy zwrocie prawidłowym dokonanym położenia czaszkowego nie występuje dość szybko, lub gdy chcemy w celu ochrony międzykrocza wytoczyć ją na zewnątrz podczas przerwy między bólami, zalecał Fehling w swéj książce dla położnych sposób podany przez Ritgena. Sposób ten polega na wytaczaniu główki za pomocą ucisku na łuki brwiowe u dziecka od strony odbytnicy matki, dwoma palcami do téj ostatniéj wprowadzonemi. Fritsch (*Centralbl. f. G.* 1883, 47) zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo przebicia ściany dzielącéj pochwę od odbytnicy podczas wykonywania sposobu Ritgena, co przy surowém postępowaniu położnika miało miejsce. Fehling przyznaje możebność podobnego przebicia, mimo że nie miał sposobności spostrzegania takowego, a co więcéj dodaje, że sposób ten ze względu na dzisiejsze pojęcia dotyczące postępowania przeciwgnilnego nie nadaje się, albowiem trudno jest dostatecznie i szybko oczyścić zawalane palce kałem w odbytnicy i uniknąć możności zakażenia rodzącéj, u któréj w dalszym ciągu różne zabiegi, jak: wydobywanie łożyska i skrzepów z macicy, szycie międzykrocza i t. d. często przedsiębrać wypada. W miejsce przeto omówionego sposobu postępowania Ritgena, który rzadko tylko w jego zakładzie bywa dziś używany, poleca inny również przez Ritgena dawniéj podany. Olshausen i Ahlfeld opisali drugi sposób Ritgena; prócz dzieł ich w żadnym z nowych dzieł położniczych opisu w mowie będącego sposobu nie znajdujemy.

Postępowanie to polega na działaniu na główkę od strony międzykrocza w miejscu położoném między otworem stolcowym a końcem kości ogonowéj. W chwili, gdy główka w położeniu czaszkowém po zwrocie prawidłowym dokonanym, znaczniejszym odcinkiem rozchyla wargi sromowe, jak to w ostatniém wydaniu dzieła Schroedera o położnictwie Fig. 71 jest uwidocznioném, można czuć w miejscu między otworem stolcowym a końcem kości ogonowéj przez ścianę międzykrocza: czoło, a względnie obie szczęki dziecka. W miejscu opisaném ściana międzykrocza, sama przez się niezbyt gruba, w opisanéj chwili porodu jest przez znaczne rozdęcie międzykrocza tak scieńczała, że poszczególne kości główki dziecka bardzo dobrze przez nią czuć się dają. W ułożeniu rodzącéj na bok, po oczyszczeniu międzykrocza według zasad przeciwgnilnego postępowania, czterema palcami (w położeniu czaszkowém Iszém w ułożeniu rodzącéj na lewym boku ręki lewéj) ułożonemi tuż poniżéj końca kości ogonowéj, wywierając ucisk na twarz dziecka, można nietylko usuwającą się nazad do pochwy główkę w przerwach pomiędzy bólami powstrzymać, ale nadto bez współdziałania bólu na zewnątrz wytoczyć. Ku temu celowi należy zalecić rodzącéj napieranie i uciskać główkę w kierunku ku spojeniu kości łonowych. Jeżeli bródkę czuć na boku przy *incisura ischiadica*, można tamże palce ułożyć i główkę wysunąć. Druga ręka wśród

tego zabiegu musi być w pogotowiu, aby od strony tyłogłowia, gdy tego potrzeba, nie dozwolić główce zbyt szybkiego wytaczania się.

Autor przyznaje temu postępowaniu wyższość nad sposobem wytaczania główki od strony odbytnicy, jużto ze względu na przeciwgnilne postępowanie, jużtéż ze względu na okoliczność, że się nie ścieśnia kanału rodnego objętością palców do odbytnicy wprowadzonych. Zaleca się ono nadto szczególniéj tam, gdzie szybko działać trzeba, i jest bardzo dobrym sposobem chronienia międzykrocza od przedarcia, albowiem można je w przerwach między bólami wykonać. (*Centralblatt f. G.* 1885, Nr. 5). *Dr. Mars.*

Dirner: O przeciwgnilném zaopatrzeniu pęczniejących rozszerzadeł.

Uznając konieczność, aby rozszerzadła pęczniające były przeciwgnilne, uważa autor wszystkie te, które się w handlu znajdują pod nazwą przeciwgnilnych, jako niedostatecznie przeciwgnilnie przyrządzone lub jako późniéj zanieczyszczone. Sposoby podane przez Fritscha, Herffa, Chrobaka, uważa za zanadto skomplikowane i niepewne ze względu, że rozszerzadła na sucho są potém przechowywane, łatwo zatém z istotami gnilnemi mogą się zetknąć. Aby temu zapobiedz, przechowuje autor laseczki blaszeńca stale w 1% roczczynie sublimatu w bezwodnym alkoholu. Tuż przed ich użyciem oczyszcza w położeniu Simsa pochwę przeciwgnilnie i wprowadza wprost z roczczynu laseczki do szyi macicy. Jeżeli laseczka jest opatrzona wzdłuż przewodem, uważa, czy tenże nie jest zatkany kryształami sublimatu, co gdy ma miejsce, wystarcza wypłukanie czystą wodą, aby je rozpuścić. Od roku używa autor tylko tak przechowanych laseczek blaszeńca i nie widział po nich żadnych złych następstw. Zdolność pęcznienia laseczek nie ulega żadnéj zmianie śród przechowania w nadmienionym roczczynie. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 1887, Nro 6). *Mars.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 26 listopada 1886.

Obecni kol.: Kaczorowski, Koehler, Preibisz, Zielewicz, Stan, Chłapowski i sekretarz.

Kol. Wicherkiewicz podaje, że w ostatnim czasie miał kilka przypadków dyfteryi oka, które jak to już dawniéj podnosił, należą do rzadszych okazów oftalmopatologii. Chcąc zdać sobie sprawę, o ile postępowanie kol. Koszutskiego przeciwko dyfteryi za pomocą kalomelu jest skuteczném, zastosował ten środek w przypadku wybitnéj dyfteryi oka, który nadawał się dla doświadczenia, gdyż pod względem wzroku nie było już można niczego się spodziewać. Przed 10ciu dniami Dr. Lithauer ze Szremu przysłał kol. W. 55-letniego wieśniaka, u którego dyfteryja oka lewego groźne przybrała rozmiary. Rogówka była zniszczoną, na tęczówce wysięk dyfteryjny, soczewka i głębsze części oka zamienione w ropę, cała gałka w stanie ogólnego zapalenia, mocno wysadzona, a wysadzenie to wywołało zupełne wywrócenie dolnéj powieki, któréj prawie cała spojówka przedstawia brudny, żółto-szary wysięk dyfteryjny w mniejszych rozmiarach. Gruczoły podszczękowe nabrzmiałe. Oczyściwszy oko z wydzieliny, polano całą spojówkę słoną wodą i posypano na to dość znaczną warstwę jednochlorku rtęci na miejsca uwydatniające się wysiękiem dyfteryjnym. Celem zaś ochrony zdrowego oka założono opaskę na oko chore w ten sposób, iż pokryto gałkę i okolicę jego warstwą gazy jodoformowéj i watą, którą przymocowano gazą krochmaloną zwilżoną sublimatem 1 : 1000. Powtarzało się to codzień. Wynik leczenia był ten, że z każdym dniem gałka malała, wysięk dyfteryjny ograniczał się, a po dziesięciu dniach w skutek przebicia twardówki i wypłynięcia ropiastéj treści śródgałkowéj oko powróciło do prawidłowych rozmiarów. Wysięk dyfteryjny znikł prawie zupełnie, pozostawiając po sobie miejscami zdrową, przekrwioną spojówkę, miejscami zaś utratę tkanki podspojówkowéj lekko krwawiącéj. Czy wynik ten, który może przy zastosowaniu saméj gazy jodoformowéj byłby także nastąpił, przypisać metodzie kalomelowéj, nie śmie rozstrzygać, sądzi nawet, że w obec wyników, jakie kol. Koszutski chwali w dyfteryi gardła, gdy stosuje kalomel, ustępowanie procesu dyfteryjnego zbyt w tym przypadku było powolne. Drugi przypadek dotyczył dziewczęcia 8-letniego, które przybyło do kliniki wśród bardzo silnego obrzmienia powiek i spojówki, na któréj tworzyły się powierzchowne błony wysiękowe (*conjunctivitis membranacea*). Nie byłato co prawda dyfteryja rozwinięta, ale sprawa mogąca ostatecznie uchodzić za równie przystępną temu samemu leczeniu co i dyfteryja. Stosowanie kalomelu przez 2 dni nie miało żadnego skutku, tak że 3go dnia gdy objawy stawały się groźnemi i rzeczywiście wśród tkanki spojówkowéj wytwarzał się lekki i szarawy wysięk, polecono i stosowanie energiczne lodu, wypłukiwanie co godzina worka spojówkowego sublimatem i wcieranie w okolicę oka maści jodoformowéj. Już nazajutrz objawy zapalne znacznie się zmniejszyły i z dniem każdym ustępowały. Gdy po kilku dniach stan spojówki przeszedł w śluzotok, ograniczono wydzielinę zasypując proszek z kwasu borowego i taninowego (cfr. Wicherkiewicz *Kl. Mtsbl. f. pr. Augenheilkunde*).

Kol. Chłapowski wspomina, że w kilku przypadkach dyfteryi gardła widział dobre wyniki z postępowania sposobem Koszutskiego, do czego używał rozpylacza Steinera. Kol. Zielewicz mniema, iż kalomel działa korzystnie w przypadkach lekkich, któreby zeszły i pod wpływem środków obojętnych, jak saméj soli kuchennéj i sądzi także, że pierwszy przytoczony przypadek Wicherkiewicza po 10 dniach byłby pod wpływem innéj kuracyi nie mniéj korzystnie się przedstawiał.

Następnie kol. Wicherkiewicz przedstawia 6-letnią pacyjentkę dotkniętą brudnicą (rupia). Dziewczę to źle odżywione, wątłe, przeszło poprzednio ciężką formę żarnic, na które chorowało przeszło 14 tygodni umieszczone w jednym z tutejszych szpitali, a w następstwie żarnic dostało ropnego zapalenia ucha środkowego, dla któregoto właśnie matka dziecka zasięgała rady Wicherkiewicza. Przy badaniu, które nie wykazało żadnych objawów kiły wrodzonéj, uderzały wysokie stożkowate strupy rozrzucone po całém prawie ciele z wyjątkiem twarzy i szyi, najwięcéj zaś było ich na kolanach i stopach. Po zdjęciu tych strupów, w niektórych miejscach widać już zasychającą i zabliźniającą się skórę, w innych natomiast utratę tkanki z ropną wydzieliną i ostremi brzegami. Po zdjęciu niektórych strupów następowało znaczne krwawienie.

W dyskusyi nad tym przypadkiem, który W. uważa za brudnicę wystającą (*rupia prominens*), powstałą w następstwie żarnic u dziecka bardzo źle odżywionego, podaje kol. Preibisz, że w okresie, w jakim obecnie stan skóry się znajduje, rozpoznanie brudnicy nie dość jest pewném, w żadnym jednak razie ta postać brudnicy nie jest kiłową.

Nawięzując do wykładu kol. Chłapowskiego z przeszłego posiedzenia, wspomina kol. Kaczorowski, że obecnie w zakładzie Sióstr Miłosierdzia znajduje się 5 chorych takiémże porażeniem zwrotném dotkniętych.

I. Mężczyzna lat 45, który już w miesiącu maju pierwszy raz zgłosił się był do Zakładu z powodu osłabienia w nogach, z wielką tylko trudnością pozwalającego mu chodzić i z powodu trudności w oddawaniu moczu. Ruchy dolnych odnóg okazały się bardzo ociężałemi, czucie prawidłowe, tak samo jak odruchy ścięgniste. Pęcherz nie wypróżnia się dokładnie, mianowicie rano, mocz prawidłowy. Wypróżnienia jelita nieregularne, zaparcie na przemian z rozwolnieniem, w odbycinach dużo śluzu, czasem z krwią zmięszanego. Na ostatnim szczególe oparto rozpoznanie porażenia zwrotnego, wywołanego podrażnieniem grubego jelita, podawano choremu co 3 dni coraz mniejsze dawki olejku rącznikowego i przeprowadzono dyijetę mleczną przez 4 tygodnie, poczém zwolna do innych pokarmów pozwolono mu przechodzić. Po 6 tygodniach chory wyszedł zupełnie zdrów i z prawidłowym ruchem odnóg dolnych. W październiku r. b. powrócił do Zakładu,

żaląc się na te same niedomagania, a szczególniéj na większą jeszcze oporność pęcherza moczowego. Wzięty znowu na tę samą kuracyję, coraz lepiéj już chodzi, a mocz bez żadnéj trudności oddaje.

II. Dziewczyna lat 33, odbywszy poród przed 5 laty w bardzo niekorzystnych warunkach, od tego czasu czuła coraz bardziéj wzmagającą się niemoc w dolnych odnogach, szczególniéj krótko przed mającą się zjawić miesiączką, tak że nareszcie niezdatną była do pracy, prócz tego czuła trochę rwania i rodzaj mrówienia w obu odnogach, przeważnie w stopach. Ruchy dolnych odnóg bardzo słabe, czucie trochę przytępione, mianowicie w stopach, odruchy swobodne, macica bardzo powiększona, opadła, szyjka jéj otwarta, tak że palec w nią włożyć można, miesiączkowania bardzo obfite i częste. Upatrując porażenie zwrotne na tle niedostatecznego zwinięcia macicy, zalecono sporysz, częste przeczyszczania, nareszcie celem przyspieszenia inwolucyi macicy przyżegnięto usta maciczne żegadłem Paquelina, poczém wraz z coraz bardziéj malejącą macicą coraz więcéj przybywało siły w dolnych odnogach, a mrówienie prawie całkiem już ustało.

III. Dziewczyna 26-letnia, od roku na dotkliwe bolesci nad nad kością łonową *(neuralg. n. pudend.)* narzekająca i sama do nieprzezwyciężonego samogwałtu przyznająca się, zaczęła tracić władzę w dolnych odnogach, tak że stojąc zaledwie bez oparcia na nogach utrzymać się zdoła, drżąc cała a chodząc, co w ogóle z wielkim tylko mozołem udaje się, podryguje jak ptak. Kąpiele, galwanizacyja mały dotychczas sprawiły postęp ku lepszemu w jéj niemocy i jak się zdaje, głównie dla tego, ponieważ wygórowane podrażnienie płciowe nie daje się poskromić.

IV. Dziewczyna 24-letnia, od 4 lat z wielką trudnością posuwająca się na nogach, w których, oprócz bolów głównie w stawach odzywających się, czuje niemoc jak gdyby u nich wielkie ciężary zawisły. Miesiączka u niéj bardzo nieregularna, pozory wszelkie samogwałtu, jakkolwiek chora się doń przyznać nie chce. Czucie, odruchy ścięgniste prawidłowe, po zastosowaniu kąpieli i galwanizacyi widać powolny postęp w zdrowiu, bóle powoli ustają, a siła ruchowa odnóg się wzmaga.

V. Dziewczyna lat 26, od 2 lat po utracie miesiączki popadła w porażenie z ustawicznym przykurczem (*contractura*) dolnych odnóg i dolnéj części tułowia, niedozwalającym żadnego samodzielnego ruchu niemi wykonać, z bardzo rzadkiemi i krótkotrwałemi zwolnieniami, na przemian w jednéj a tém silniejszy skurcz w drugiéj odnodze wywołującemi. Przytém *spasmus sphincterum vesicae urinariae et recti, suspicio masturbationis, cystitis.* Ile razy gnicie moczu zwiększy się (odczyn amoniakalny), skurcze odnóg potęgują się. Powolne polepszenie porażenia pod wpływem kąpieli, galwanizacyi i żelaza z sporyszem i leków przeciwko nieżytowi pęcherza zwróconych. W tym przypadku porażenie prawdopodobnie wyszło drogą zwrotną od narządu płciowego, a dopiero późniéj zajęcie pęcherza nowéj dodało podniety rdzeniowi pacierzowemu w objawie przykurczu.

Dr Wicherkiewicz.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. G. Frank: **O wągliku. Przyczynek do nauki o miejscowém i czasowém usposobieniu.**

Według Pettenkofera cholera, a według Buhla dur brzuszny, ma zostawać w odwrotnym stosunku do stanu wody gruntowéj. Im więcéj ta opada, tém częściéj pojawiają się rzeczone choroby i na odwrót. W ostatnich latach zaliczono do szeregu chorób zależnych od stanu wody gruntowéj także wąglik. Przeciwko téj teoryi jako jednostronnéj, zatém niedostatecznéj, wystąpił Koch i jego szkoła. Że cholera może wybuchnąć w jakiéjś miejscowości bez wszelkich wpływów gruntu, na to miał Koch dowód w swojéj pracowni, kiedy pomiędzy jego uczniami pojawiły się przypadki cholery po zarażeniu się przypadkowém prątkami cholerycznemi sztucznie w jego pracowni hodowanemi, zatém prątkami, które nie miały żadnéj styczności z gruntem. I dla wąglika dowiódł Koch, że prątki jego nie dają się hodować w ziemi ogrodowéj, w ziemi zebranéj z brzegu rzek obfitującéj w próchnicę, ani też w mule rzecznym lub błocie wziętym z drogi. Dla udowodnienia zaś, że przypadki wąglika mogą się wydarzać bez wpływów gruntu, nadarzyła się następująca enzoocyja wąglikowa.

W pewnéj oborze w Poznańskiém panował wąglik przez lat 60 pomiędzy owcami, a kiedy zamiast nich chowano rogaciznę, pomiędzy ostatnią. Zazwyczaj panowała ta zaraza wtedy, kiedy bydło było skazane na paszę w stajni. W ostatnich trzech latach zapadło na nią jedynie to bydło, które stało w téj saméj stajni. To obudziło uzasadnione podejrzenie, że przyczyna jéj musi tkwić albo w paszy, którą bydłu podawano, albo w polepie, na któréj pasza była złożona. Przesłane próbki tak paszy jak i polepy do pracowni Kocha badano na prątki wąglikowe, tak na drodze hodowli, jak i zarażenia. W paszy wcale ich nie znaleziono, przeciwnie w polepie. Po tym wyniku badania daje się tłumaczyć wybuchająca enzoocyja wąglikowa w rzeczonéj oborze od czasu do czasu w ten sposób, że kiedy spodnie warstwy paszy dobywano z polepy, poruszano ją i z niéj razem z paszą przenoszono zarodniki grzybka wąglikowego. Grzybki zaś wąglikowe dostały się na polepę, kiedy pastuch skradł owcę padłą skutkiem wąglika, zdejmował z niéj skórę nad stajnią na téjże polepie a następnie skórę nad tą stajnią suszył. Utrzymywały się przeto przez lata zarodniki wąglikowe na polepie nie pozostając wcale w styczności z gruntem i nie zależąc wcale od wpływów wody gruntowéj i od czasu do czasu, kiedy z paszą dostawały się do przewodu pokarmowego u bydła sprowadzały właściwe sobie chorobowe zmiany. *(Zeitschrift f. Hygiene,* 1886, I. T. III. zeszyt,). *Dr. Buszek.*

Lépine: **O pożytku łączenia istot przeciwgnilnych.**

Prof. Lépine robił doświadczenia i zaleca wstrzykiwania przeciwgnilne śródmiąższowe do wnętrzności a w szczególności do płuc u chorych na gruźlicę. Dawki istotnie przeciwgnilne są jednak czasem zanadto drażniącemi narząd, i tak rozczyn sublimatu 1 na 30.000 wstrzyknięty do tkanki płucnéj u psa sprawia zator. Lépine sądzi, że łącząc w jednym rozczynie kilka środków przeciwgnilnych w słabych dawkach można oczekiwać, iż działanie przeciwgnilne wzmoże się, gdy drażniący wpływ nie wzrośnie w tym samym stosunku.

Doświadczenie stwierdziło to przypuszczenie. Mięszanina następna, w któréj każdy środek znajduje się w tak słabéj dawce, iż sam przez się nie zdołałby powstrzymać rozwoju *bacillus subtilis* w zupełności kładzie tamę rozwojowi tego prątka, a nadto nie sprawia żadnego zadrażnienia w miejscu wstrzyknięcia.

L. przepisuje: Na 100 grm. wody sublimatu 1 mlgr., kwasu fenylowego 10 ctgrm., kw. salicylowego 10 ctgm., kw. będźwinowego 5 ctgr., chlorku wapna 5 ctgr., bromu 10 mlgr., wodobromianu chininu 20 ctgr., chloroformu 20 ctgr.

Być może, że taka mięszanina niszczy może protoorganizmy o różnéj żywotności, a których oporność na wpływ jednego środka przeciwgnilnego jest zmienną. Rozczynu tego możnaby używać w wielu razach do przemywania ran, przepłukiwania jam. (*Revue de médecine,* 1886, str. 784).

Dr. Grabowski.

○ Projekt ustawy o pomocy w czasie choroby u robotników, nad którym obecnie toczą się w Izbie deputowanych rozprawy, dotyczy z bliska interesów lekarzy, zwłaszcza po wsiach. Ponieważ projekt wspomniany nie określa, w jaki sposób utworzyć się mające kasy powiatowe członkom swym pomoc lekarską zapewnić mają, obawiać się przeto można, że czynności powie-

rzone zostaną temu lekarzowi, który się ich za tańsze wynagrodzenie podejmie. Takie urządzenie istnieje w Państwie niemieckiém, dając pole do różnych niesnasek i nieporozumień między lekarzami. U nas podobne stosunki nastać mogą. Jedynym bowiem paragrafem wzmiankowanego projektu dotyczącym stosunku członków kasy chorych a lekarzy jest §. 56 stanowiący, iż kasy uwolnić się mogą od obowiązku zapewnienia pomocy lekarskiéj i dostarczania środków lekarskich chorym swym członkom, podnosząc o połowę kwotę, jaką chorym wypłacają. Związek austryjackich towarzystw lekarskich całkiem słusznie podnosi w podaniu do Izby deputowanych niestosowność tego, albowiem nieznaczna ta kwota wystarczy zaledwo na pokrycie kosztów apteki a nie na pomoc lekarską. W imie zatém ludzkości będą lekarze zniewoleni leczyć darmo członków kas dla chorych lub téż chorzy nie będą zasięgać pomocy lekarskiéj, którą mają sami opłacać, chyba w niebezpieczeństwie życia, a i to nie zawsze. Na têm ucierpią także kasy dla chorych, w których interesie leży, aby chorzy jak najrychléj mogli być do pracy zdolnymi. Rozwiązanie téj zawiłéj sprawy winna zatém sama ustawa podać, a to stanowiąc, że kasy obowiązane są udzielać chorym pomocy utrzymując stale lekarzy i płacąc im oznaczone wynagrodzenie za każdego członka kasy. Oto punkt wyjścia z pożytkiem dla kas a z godnością dla stanu lekarskiego. Niesłusznym téż na dzisiejsze czasy jest §. 21 projektu, mocą którego kasy tym członkom, którzy się nabawili choroby przez „wybryki płciowe", w całości lub częściowo zapomogi odmówić mogą.

○ Sprawa urządzenia pospolitego ruszenia zajmuje obecnie w Austryi umysły wszystkich. Lekarzy dotyczy ona prócz innych względów w tym także kierunku, czy w razie powołania będą oni pełnić służbę jako lekarze? W myśl ustawy nie ulega to wątpliwości, choć wyraźnie tego postanowienia ustawa nie mieści, nasuwa się atoli inne pytanie, w jakim charakterze będą oni do służby zaliczeni, czy jako oficerowie (urzędnicy wojskowi)? Redakcyja *Wien. med. Presse* zasięgała w tym względzie wiadomości u władz kompetentnych i upoważnioną została do podania następujących wyjaśnień:

1) Lekarze, którzy poprzednio służyli w wojsku lub w obronie krajowéj jako oficerowie i po spełnieniu służby wojskowéj z wojska wystąpili, mogą być do spisów obrony krajowéj zaciągniętymi z zastrzeżeniem do służby w pospolitém ruszeniu, jeżeli się o to zgłoszą.

2) Lekarzom obowiązanym do pospolitego ruszenia, którzy w wojsku nie służyli lub téż w tymże stopnia oficerskiego nie uzyskali, radzi się zawczasu wnieść podanie do urzędów politycznych I instancyi, aby ich w pospolitém ruszeniu na lekarzy starszych przeznaczono. Do podania dołączyć należy: dowód przynależności (*Heimatsschein*), dyplom i (w Cislitawii) rewers, że obecnie nie należą do żadnego tajnego stowarzyszenia i na przyszłość nigdy do takiego nie wstąpią.

○ Towarzystwo ochrony stanu lekarskiego. Na II Zjeździe lekarzy rosyjskich, który się niedawno odbył, wniósł Dr. Ebermann projekt zawiązania Towarzystwa ochrony stanu lekarskiego i pieczy nad jego rozwojem, oraz wzór statutu. Celem Towarzystwa ma być ochrona praw stanu lekarskiego w ogóle a w szczególności członków, materyjalna pomoc nieszczęsnemi przypadkami nawiedzonych kolegów i ich rodzin, zakładanie przytułków dla niezdolnych do pracy lekarzy oraz wdów i sierot po nich, jak również zakładanie szkół dla sierot po lekarzach. Dalsze cele Towarzystwa stanowi: urządzenie sądów rozjemczych w razach nieporozumień między lekarzami lub lekarzami a publicznością, w końcu popieranie Rządu w tłumieniu partactwa. Towarzystwo ma obejmować wszystkich lekarzy całego państwa, mieć główną siedzibę w Petersburgu a wydziały miejscowe w miastach gubernijalnych.

Towarzystwo to ma wiele podobieństwa z zamierzoną i projektowaną organizacyją stanu lekarskiego i Izbami lekarskiemi w Austryi, które nie mogą się doczekać rozpatrzenia i uchwały w Radzie państwa.

○ Rozpadliny w kątach ust u dzieci. Rozpadliny bolesne i uporczywe w kątach ust są nader częste w każdéj porze roku u małych dzieci, zwłaszcza u uczniów niedbałych i niechędożnych. W Limoges na 5.500 dzieci uczęszczających do szkoły początkowéj było 812 dotkniętych, czyli 1 na 17. Lemaistre wykrył, że przyczyną tego cierpienia i uporczywego utrzymywania się jest prątek kulisty, który nazwał *Streptococcus plicatilis*, udało mu się odosobnić go i rozmnożyć przez hodowle, wykrył go w rowkach i załamkach kubków, naczyń nieczystych i wiaderek, z których zazwyczaj w szkołach źle utrzymanych uczniowie piją. L. przytacza przypadki, w których zarażenie jest widoczne, jak równie i to, że cierpienie szerzy się przez wspólne kubki, które pierwotnie chory zakazi, że cierpienie ustaje, skoro uczeń do szkoły uczęszczać zaprzestanie, a pojawia się na nowo, gdy do szkoły powróci. Lemaistre zaleca używanie boraksu, hałunu, siarkanu miedzi, środków przeciwgnilnych i ściągających przez czas dłuższy. Zaleca, gdy cierpienie pojawi się w szkole, wypalić wiaderka i kubki drewniane kilku łuczywami palącemi się lub téż zanurzyć je w wodzie wrzącéj. (*Rev. d'hyg.*, 1887, Nr. 1).

○ Leczenie cuchnącego potu nóg. Fredericq (*Journ. de med. et de chir.*) zaleca posypywanie nóg przed pójściem spać delikatnie sproszkowanym kwasem winnym (*ac. tartrique*). Należy rozpocząć od małych ilości, pół łyżeczki od kawy na obie nogi, inaczéj bowiem ból nastaje. Powoli zwiększa się dawkę. Nagle skóra twardnieje a wydzielanie ustaje, nie pojawiając się w innych miejscach. Leczenie należy wytrwale prowadzić choć z przerwami.

Stewart (*Edinbourgh med. Journ.*) zaleca następujący sposób leczenia: Myją się nogi wodą ciepłą. Pomazuje przez kilka minut zgęszczonym (1%) nadmanganianem potasowym, poczém dozwala się nogom obeschnąć. W następnych dniach nastaje zupełne złuszczenie przyskórka w ten sposób zgarbowanego. Na ten czas powleka się paski wąskie płócienne warstwą maści plastra ołowiowego Hebry i zakłada się tę opaskę od wielkiego palca aż do kostek. Każdy wielki palec należy oddzielnie obandażować. Opaski zmienia się co 12 godzin przez dni 10 do 16, stosownie do grubości przyskórka. Prawie zawsze woń o wiele się zmniejsza poczynając od 3 dnia, a 9 lub 10 dnia prawie się czuć nie daje. Cuchnąca woń znika w miarę wytworzenia się nowego przyskórka, które zaledwie kończy się w 3 lub 4 tygodniu.

Stanowiłoby to jeden dowód więcéj, że cuchnienie jest wynikiem zagnieżdżenia się w przyskórku rozpulchnionym przez pot pierwiastka żywotnego; zniszczenie jedynie głębokich warstw przyskórka i oprawa antiseptyczna powstrzymują rozwój pasorzytu. W jednym przypadku powtarzane pomazywania silnym roztworem nadmanganianu zmniejszyły wprawdzie cuchnienie ale nie ilość potu, która pozostała wielką, nawet po zupełnem wytworzeniu się na nowo przyskórka, po spryszczeniu nastojem kantarydowym z chloroformem. W tym przypadku zawiódł także podazotan bizmutowy i zaszła konieczność uwolnienia z wojska dotyczącego chorego. (*Rev. d'hyg.* 1887, Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,1. Z błonicy i dławca umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (9 z. t.); z zapalenia płuc 0 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 3 krztuśca, 3 duru osutkowego ze wsi, 1 róży. W tygodniu od 13—19 lutego zmarło z ospy: w Budapeszcie 26, w Warszawie i Petersburgu po 9; w Pradze 8, w Rzymie 28, w Wenecyi 2, w Paryżu 7. Z duru powrotnego umarło: w Petersburgu 4. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 7, w Hamburgu 10, w Paryżu 29, w Petersburgu 17. Z odry umarło: w Paryżu 62, w Londynie 35. Z płonicy umarło: w Wiedniu, Budapeszcie i Chrystyjanii po 8; w Londynie 13. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 29, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 9, w Hamburgu 22, w Wiedniu 8, w Budapeszcie 14, w Paryżu 35, w Londynie 31, w Amsterdamie i Chrystyjanii po 8. Z krztuśca umarło: w Paryżu 13, w Londynie 41, w Liwerpolu 14, w Kopenhadze 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,2; we Lwowie 42,9; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 63,1; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 58,2; w Stanisławowie 65,8; w Tarnopolu 31,0; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 32,3; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 35,3; w Wiedniu 30,3; w Salcburgu 31,2; w Gracu 37,4; w Tryjeście 42,0; w Insbruku 28,3; w Pradze 43,9; w Bernie 35,2; w Ołomuńcu 25,6; w Opawie 14,2; w Berlinie 20,9; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 30,7; w Kolo-

nii 20,9; w Lipsku 23,2; w Mnichowie 23,3; w Strasburgu 25,0; w Amsterdamie 23,4; w Brukseli 30,4; w Budapeszcie 36,6; w Chrystyjanii 27,8; w Kopenhadze 27,4; w Londynie 19,3; w Odesie 29,2; w Paryżu 27,0; w Petersburgu 32,6; w Rzymie 34,5; w Stokholmie 21,5; w Wenecyi 29,3; w Wiedniu 28,4.

VII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Ferdynand Arlt,

c. k. Radca Dworu, wysłużony Profesor okulistyki w Uniwersytecie wiedeńskim, Członek honorowy Tow. lekarskiego krakowskiego itd. itd.

urodzony d. 18 kwietnia 1812 r. w Obergraupen pod Cieplicami czeskiemi, umarł d. 7 marca 1887 r. o godz. 2éj popołudniu w Wiedniu po wielomiesięcznéj chorobie.

Składając niniejszém hołd pamięci zgasłego profesora, któremu nauka tyle zawdzięcza, a którego asystenci zajmują liczne katedry tak w państwie austro-węgierskiém, jak i poza jego granicami, nie omieszkamy w następnym numerze skreślić znaczenie zmarłego jako nauczyciela i uczonego.

(S.) **Kraków** d. 10 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjęto do wiadomości rezygnacyję prezesa Tow. i według statutu naznaczono wybór nowego prezesa na przyszłe posiedzenie. Redaktora Przeglądu Lekarskiego prof. Blumenstoka wybrano jednogłośnie członkiem honorowym Towarzystwa w uznaniu zasług, położonych około Przeglądu Lekarskiego. Następnie przedstawił prof. Adamkiewicz chorego wyleczonego z nerwobólu za pomocą kataforezy; Dr. Łucki z Oświęcimia podał opis rzadkiego przypadku chirurgicznego, operowanego w tutejszéj klinice chirurgicznéj, objaśniając swój wykład preparatami; doc. Jaworski okazał nową pompę żołądkową; prof. Korczyński okazał kapsułki nitroglicerynowe aptekarza Mutniańskiego, które Towarzystwo uchwaliło polecić do użytku leczniczego; wreszcie doc. Jaworski zdał sprawę z badań kefiru wyrobu aptekarza Sobierajskiego w Krakowie.

— Drugi zeszyt czwartego roku *Wiestnika* prof. Mierzejewskiego, który mamy przed sobą, dorównywa w zupełności rocznikom poprzednim, tak pod względem objętości, jak i wartości naukowéj prac oryginalnych. Zawiera on następujące rozprawy: Z dziedziny psychijatryi: 1) Dra Korsakowa: O zaburzeniach psychicznych, towarzyszących porażeniom u opilców, oraz o stosunku tych zaburzeń do rozstroju umysłowego, spostrzeganego w nerwobólach przyrody nieopilczéj. 2) Dra Greidenberga: Morderstwo dokonane pod wpływem przerażających omamów i obłędu prześladowczego, będącego następstwem przewlocznego opilstwa. 3) Dra Tomaszewskiego: Przyczynek do patologii idijotyzmu. Z dziedziny newropatologii: 1) Dra Korniłowa: *Ophthalmoplegia externa.* 2) Prof. Dra Bechtierowa: O budowie przodkowéj szypułki móżdżku. 3) Drów Szatiłowa i Nikiforowa: Przypadek rozlanego naczyniomięsaka opony miękkiéj rdzenia i mózgu. Dział krytyki i biblijografii zawiera sprawozdania z 22 prac, ogłoszonych w różnych europejskich językach. *Wiestnik* zjednał sobie prawo obywatelstwa w specyjalnéj literaturze europejskiéj; prace w nim ogłaszane noszą cechę poważnych oryginalnych badań; redakcyja sumienna i nadzwyczaj dbała. W rzędzie wydawnictw psychijatrycznych i newropatologicznych *Wiestnik* zajmuje naczelne miejsce i jest dla specyjalistów czasopismem nieocenionéj wartości. *Dr. Kw.*

* Otrzymaliśmy 1szy zeszyt miesięcznika, wychodzącego w Jassach p. t. *Bulletin de la Societé des médecins et naturalistes de Jassy* w dwóch językach: rumuńskim i francuskim. Komitet redakcyjny składa się z 6 członków, między którymi znajduje się i Dr. Otremba, krakowianin i uczeń uniwersytetu jagiellońskiego. Redakcyja ma zapewnione poparcie ze strony towarzystw w Jassach istniejących: lekarskiego, wojskowo-lekarskiego i farmaceutycznego, oraz nowopowstającego Wydziału lekarskiego; niemniéj jednak wzywa i siły obce do uczestnictwa. Zeszyt 1szy zawiera rozprawy następujące: prof. Cobaleasco: o źródłach mineralnych w Calineonasti i Cacilata; Dr. Konya: Rozbiór źródła Aleksandra w Slanicach; prof. terapii w Jassach Dr. Rizu: Otrucie człowieka dorosłego bardzo małemi dawkami chininu; Dra Juliano: O wpływie charłactwa bagiennego na bieg cierpień wenerycznych i kiłowych.

* **Warszawa**. W skutek prawa obowiązującego w uniwersytetach rosyjskich proff. dziekan Brodowski i Pląskowski, po wysłużeniu lat 25, poddani zostali balotowaniu, w skutek którego prof. Brodowski pozostaje na katedrze przez następnych lat 5, prof. Pląskowski zaś przechodzi w stan spoczynku *(Gaz. Lek.)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Dr. Onodi habilitował się jako docent embryjologii. — **Praga czeska.** Prof. Heubner z Lipska przyjął ofiarowaną sobie katedrę pedyjatryi w Wydziale niemieckim.

* **Mianowania.** Lekarz powiatowy w Ołomuńcu, radzca cesarski Dr. Robert Schoefl, mianowany został radzcą Namiestnictwa i krajowym referentem spraw sanitarnych przy Namiestnictwie morawskiém w Bernie.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Kaden, po odbyciu praktyki w klinice prof. Widerhoffera w Wiedniu, mianowany został sekundaryjuszem w szpitalu dzieci św. Zofii we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Tuluzie umarł prof. anatomii Bonamy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Rejchmana: O miejscowym wpływie chlorku sodu na wydzielanie soku żołądkowego; Czadowskiego: Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami; Ziemińskiego: Podmiotowe oznaczenie statycznéj refrakcyi oka za pomocą retinoskiaskopii; (dok.). — W *Medycynie* Nr. 10: Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij; Gluzińskiego: O leczeniu żółtaczki nieżytowéj sposobem Krulla; Trzcińskiego: O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BOGDANIK: Lebensdauer u. Sterblichkeit in Biala auf Grundlage der Auszüge aus d. Sterbematrikeln in d. Jahren 1875—1884, Bielitz 1887, in 8vo, str. 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 19 Marca 1887. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do znajomości ran postrzałowych serca.

Podał

Dr. Justyn Karliński,

c. k. starszy lekarz wojskowy, prosektor szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11)

W całéj dostępnéj mi odnośnéj literaturze znajduję jeden tylko podobny przypadek u Simmonsa (*Western. Journ. of the medical and physic. sciences. Vol. IX.* N. 35, pag. 382), gdzie rana zadaną została kulą pistoletową, która weszła tuż przy mostku w szóstym przestworze międzyżebrowym, przebiła komórkę prawą, weszła do żyły głównéj dolnéj i opadła aż do żyły biodrowéj prawéj, a chory umarł po 97 godzinach. Skutek, jaki pocisk na napotykaną zaporę wywiera, zależy przedewszystkiém od jego końcowéj szybkości, od jego ciężaru i budowy, wzrasta w stosunku kwadratu do ciężaru i równa się żywéj sile pocisku. W ocenianiu skutku pocisku na ciało uwzględnić jeszcze należy kąt wpadania i opór, to jest anatomiczną spójność i fizyjologiczną podatność tkanin. Przy powstaniu rany postrzałowéj działają dwie przeciwne siły, a wypadkowa równa się ich różnicy i leży w kierunku siły większéj. Zależnie od siły żywéj pocisku, zależnie od tego, czy kąt wpadania zbliża się do kąta prostego czy otwartego i zależnie od wielkości oporu tkanin powstają rany postrzałowe lub kontuzyje z wszelkiemi swemi odmianami. Naturalnie, że w ocenianiu skutku uwzględnioném być musi, czy kula z mniejszéj lub większéj nadchodzi odległości, oraz i twardość metalu, z jakiego sporządzoną została. Jeżeli więc skutek ten od tak licznych zależy czynników, że ledwie w przybliżeniu u pocisków, które wprost z broni wychodzą, dałby się obliczyć, jakże trudne i prawie nieobliczalne skutki wywierać musi pocisk, który nie wprost, a więc pośrednio tylko z ciałem się spotyka. Mam tu na myśli pociski odbite. Miałem sposobność spostrzegać dwa tego rodzaju przypadki.

W sierpniu roku ubiegłego podczas strzelania do tarczy w odległości mniéj lub więcéj 500 kroków, kula karabinowa chybiwszy swego celu uderzywszy o kamień i odbiwszy się, ugodziła o jakie 10—12 kroków stojącego za walem żołnierza w okolicę sutka lewego. Śmierć nastąpiła natychmiast, a sekcyja wykazała następujące uszkodzenie: mundur i koszula nieregularnie mniéj lub więcéj w połowie klatki piersiowéj po stronie lewéj rozdarte, na $1\frac{1}{2}$ cm. poniżéj sutka lewego rana kształtu mniéj lub więcéj okrągłego o średnicy 2 cm. o brzegach na wewnątrz wgniecionych dość drobno postrzępionych. Mięśnie międzyżebrowe rozdarte, w worku opłucnowym lewym do pół litra krwi skrzepłéj; na brzegu dolnego płatu lewego na opłucnéj wynaczynienie wielkości czterocentówki, brzeg płuca na 2 cm. rozdarty, brzegi zmiażdżone krwią nasiąkłe. Worek sercowy rozdęty, na zewnętrznéj powierzchni tuż przy owém zmiażdżeniu płuca wybroczyna wielkości talara; w worku sercowym zresztą nieuszkodzonym wiele krwi skrzepléj. Na 3 cm. od koniuszka serca komórka lewa okazuje otwór o brzegach niemal gładkich średnicy dwóch cm., przez który palec do wnętrza komórki swobodnie włożyć można. Kula nieco tylko w wymiarze podłużnym przypłaszczona leżała w worku opłucnowym w skrzepie krwi.

Nie wdając się na razie w rozbiór niniejszego przypadku przechodzę do dość podobnego drugiego.

Podczas ćwiczeń pod Bruck nad Litawą żołnierz z niewiadoméj na razie przyczyny nagle omdlał i upadł, za małą chwilkę przyszedł do przytomności, chwytał się raz po raz za piersi i w niespełna 20 minut umarł. Na razie stwierdzono siniec wielkości dłoni sięgający od brzegu mostka po sutek w 4—5tym przestworze międzyżebrowym. Ponieważ podczas owych ćwiczeń strzelano tylko ślepemi nabojami, a strzelnica wojskowa, w któréj, co prawda, odbywały się podówczas strzelania do tarczy, znajdowała się o przeszło $3\frac{1}{2}$ klm. w linii powietrznéj, nikt na razie nie sądził, aby mogło tu mieć miejsce zranienie pociskiem karabinowym. Przy podnoszeniu zmarłego wypadła z fałdów

płaszcza spłaszczona kula, płaszczyznami przypominająca kulę używaną karabinową, a okoliczność ta była wskazówką do dalszych poszukiwań. Przy sekcyi nie znalazłem żadnego uszkodzenia na sukniach, wyż opisany siniec na skórze, w tkance podskórnéj liczne wybroczyny, to samo w mięśniach międzyżebrowych 4 i 5tym, oraz zmiażdżenie mięśni na przestrzeni 1 cm. kw. tuż przy nasadzie czwartéj chrząstki żebrowéj. Płuco wcale nieuszkodzone nie okazuje puchliny ostréj, na zresztą nieuszkodzonym worku sercowym wybroczyna wielkości krajcara, komórka lewa od rowka poprzecznego aż po koniuszek serca rozdarta, brzegi strzępiaste, krwią nienaciekłe, odstają od siebie na 2 cm.; w worku sercowym blisko 1 litr krwi, mięśnie sercowe zupełnie prawidłowe, w innych narządach zmian nie ma.

Uwzględniając te oba przypadki przedewszystkiém zauważyć musimy, że wyż opisane rany zadane zostały przez pociski o bardzo osłabionéj sile popędowéj, t. z. *matte Kugel.* W pierwszym przypadku kula utraciła żywą siłę swoją odbiwszy się od kamienia, w drugim zaś kwestyja nie jest tak jasną. Dochodzenia odnośne nie mogły wykazać, zkąd pocisk ów padł, przypuściwszy zaś, że pochodził z miejscowości, na któréj odbywało się strzelanie do tarczy odległéj o przeszło 3 klm., to albo kula ta zakreśliwszy niezmierny łuk przy końcu swéj drogi ugodziła żołnierza, albo również przy końcu upadłszy na ziemię odbiła się i dopiero ugodziła. Za drugiém tłumaczeniem przemawiają daty statystyczne ze spostrzeżeń czynionych nad drogą opisywaną przez kulę karabinu systemu Werndla i Mannlichera, według których chcąc aby kula w odległości 2500 m. ugodziła jeszcze człowieka w wysokości piersi trzebaby trzymać karabin pod kątem 40° nad poziom celu, coby z pewnością oka dozorującego oficera nie uszło, a dojście kuli do mety o 3500 m. w linii powietrznéj odległéj nadzwyczaj rzadkim jest przypadkiem. Bądź co bądź mieliśmy w owych przypadkach do czynienia z t. z. *matte Kugel*, któréj skutków obliczyć nie można. W pierwszym przypadku niewątpliwie kula utraciwszy przez odbicie się, przedzieranie się przez odzież, skórę i mięsień międzyżebrowy resztę swéj siły, uderzywszy o elastyczną i podatną zaporę, jaką była ściana worka sercowego, porywając tę ostatnią za sobą wbiła się w mięsień sercowy tworząc na razie t. z kanał ślepy a wypływająca z powstałéj w ten sposób rany serca krew wypchnęła kulę wraz z ścianą worka sercowego na zewnątrz. Czy w drugim przypadku to samo miało miejsce, t. j. że kula porywając za sobą odzież i skórę miażdżąc na małéj przestrzeni mięsień międzyżebrowy wpukliła je aż do serca, otwarła takowe i następnie została wypchniętą na zewnątrz, czy też pęknięcie serca nastąpiło li tylko pod wpływem uderzenia kuli o okolicę sercową, rozstrzygnąć nie jestem w stanie. Brak zmian patologicznych w mięśniu sercowym i w innych narządach, obecność spłaszczonéj kuli w odzieży, wybroczyna wielkości prawie równéj kuli na worku sercowym, zmiażdżenie na małéj przestrzeni mięśnia międzyżebrowego i ta okoliczność, że żołnierz upadając o nic uderzyć się nie mógł (ćwiczenia odbywały się na terenie piaszczystym) przemawiają bardzo za tém, że uszkodzenie to zrządzone zostało pociskiem, który dość podatnéj skóry przebić nie mógł, chociaż nie można stanowczo wykluczyć, czy nie było to zwykłe pęknięcie mięśnia sercowego pod wpływem uderzenia, które się nierzadko napotyka w przypadkach upadnięcia ze znacznéj wysokości lub przejechania.

Jeszcze nie wyrobiłem sobie zdania co do wyż opisanego przypadku, gdy szczególnym przypadkiem w niespełna tydzień miałem sposobność wykonania oględzin pośmiertnych samobójcy z bardzo podobném obrażeniem serca. Inwalida S, trapiony nieznośnemi bolami żołądkowemi w przebiegu uwiądu rdzenia pacierzowego, odebrał sobie życie wystrzałem z pistoletu o kalibrze 8 mm. Broń nie była należycie nabitą, kula znacznie mniejsza od średnicy lufy włożoną została wprost na proch i nie przybita, jak również nie była broń przyłożoną bezpośrednio do ścian klatki piersiowéj. W przypadku tym kula wyparta gazami z lufy napotkała przedewszystkiém dość gruby kabat i koszulę, nie przebiła takowych, lecz wpukliła lejkowato w otwór w skórze i mięśniu międzyżebrowym piątym lewéj strony na głębokość $2^{1}/_{2}$ cm., oparła się na osierdziu, na którém znajdowała się wybroczyna wielkości krajcara. W worku osierdziowym wynaczyniona krew w ilości pół litra, worek nieotwarty, na osierdziu ściennem wybroczyna wielkości czterokrajcarówki i otwarcie lewego serca w jego koniuszku. Kulę zaś niezmienioną znaleziono na podłodze.

Podobny przypadek przytacza Frin (*Recueil des actes de la Société de Santé de Lyon* T. I. p. 201); i tu również w przypadku niewątpliwego samobójstwa nie nastąpiło przedziurawienie ubrania, jednak przedarcie skóry, otwarcie prawéj komórki bez uszkodzenia worka osierdziowego.

II. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał

Dr. J. Zielewicz,

lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walnem Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

III.

Nietylko z przyczyny anatomicznego sąsiedztwa, lecz i ze względów etyjologicznych chirurgija osierdzia w bliskim stoi związku z zabiegami chirugicznemi, podejmowanemi na opłucnie. Wiadomo nietylko z doświadczeń klinicznych, że zapalenia opłucny wikłają się dosyć często z zapaleniem osierdzia i odwrotnie, ale nawet z powodu wiwisekcyj stwierdzono fakt (Gluck: *Berl. klin. Wochenschrift*, 1881), że przy operacyjach podejmowanych w jamie opłucny, jeżeli się takowe śmiercią zwierzęcia kończyły, zawsze ostatnią przyczyną zejścia było zapalenie osierdzia. Toż samo doświadczenie powtarza się i u człowieka w przebiegu operacyj opłucnowych i płucnych, nawet i w dzisiejszym antyseptycznym okresie. Przed kilku tygodniami u młodéj dziewczyny wykonałem resekcyję dwu żeber z powodu starego ropiastego otoku opłucny. Przebieg był zupełnie aseptyczny, a mimo to piątego dnia nastąpił nagły podskok ciepłoty (40°C.) i chora siódmego dnia nagle umarła, skutkiem porażenia serca. Sekcyja wykazała, że w opłucnie nie było ani śladu ropy (tamponada gazą jodoformową) a osierdzie wypełnione wypociną surowiczą. Przypadek mój zapewne nie jest odosobnionym a służyć może za napomnienie do bacznéj uwagi na osierdzie po zabiegach operacyjnych w jamie opłucnowéj.

W obec faktu, że praca mięśnia sercowego w takich, jak powyższy, przypadkach ustaje skutkiem ucisku ze strony wypociny i mechanicznéj niemożności przezwyciężenia oporu, wskazanie operacyjne zdaje się być prostém. Prawda, że trudności dyjagnostyczne często nam w drodze stawają głównie

ze strony mięśnia sercowego. Lecz ten wzgląd dziś jest mniejszéj wagi w obec punkcyi narzędziami włosowatemi i aspiracyi płynu, którego obecność podejrzywamy. To też każdy rok prawie w szeregu lat ostatnich przynosi nam nowe zdobycze na polu operacyjnego traktowania wysięków osierdzia i nowe do téj operacyi wskazania. Ogólna już téż panuje zgoda, że tak w następowych, jako i pierwotnych wypocinach osierdzia, czy to surowiczych, czy téż ropiastych, jeżeli objawy są alarmujące (dusznica, sinica), wskazaną jest operacyja. Przedsiębiorczy Amerykanie (Westbrook, Roberts) poszli nawet tak daleko, że nietylko osierdzie ale i serce samo wciągnęli w zakres zabiegów operacyjnych. Westbrook robił punkcyję prawego przedsionka w zapaleniu płuc, a Roberts bardzo energicznie przemawia za punkcyją serca celem zmniejszenia zastoin w systemie żyły płucnéj. Czy chirurgija konserwatywniejszéj Europy prędko zdecyduje się na tak heroiczny a wątpliwéj wartości środek, nie sądzimy, ale w każdym razie przedsiębiorczość amerykańska stwierdza dawno znany fakt, że rany serca bezwzględnie śmiertelnemi nie są, a nowe to doświadczenie dla chirurgii worka sercowego wielkiéj jest donioslości. Gdy bowiem dawniejsza chirurgija ograniczała się do saméj punkcyi, nowszemi czasy technika operacyjna znacznie się posunęła naprzód w kierunku radykalnym. Obok nakłucia, o którém już Trousseau (1863) powiedział, że *la paracentesse du péricarde n'entraine aucun de ces périls imaginaires, devant quels les expérimentateurs ont tremblé si longtemps*, zaczęto stosować nacięcie klatki i osierdzia i przekonano się, że pod osłoną antyseptyki i ta metoda nie jest bezwzględnie niebezpieczną. Z pomiędzy siedmiu publikowanych przypadków wprawdzie tylko trzy zakończyły się pomyślnie, lecz dwa z pomiędzy niepomyślnych miały rozpoznanie błędne za podstawę, ponieważ nie chodziło w nich o wypocinę osierdzia, lecz o rozstrzeń serca, w jednym przypadku stare zrosty, a w innym zatkanie się rany było przyczyną śmiertelnego zejścia. W każdym więc razie rezultat lepszy, niż przy lekowaniu wewnętrznem.

West zestawił z literatury 79 przypadków punkcyi osierdzia; sześciu operowanych umarło w 24 godzin po operacyi, znaczna część doznała ulgi bezpośredniéj, inni zupełnie wyzdrowieli. Statystyka Hindenlanga (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1879) wykazuje 32%, Robertsa (referat w *Centralblatt f. Chir.*, 1882, str. 134) 47% operacyj pomyślnych. Znakomitą podnietą do operacyjnego traktowania wypocin osierdzia stał się przypadek Rosensteina (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1881, str. 61), który u chłopca dziesięcioletniego z ropiastą puchliną osierdzia zrobił najprzód punkcyję i aspiracyję narzędziem Potaina, a póżniéj, gdy zabieg ten nie poskutkował, uciekł się do nacięcia i drenowania osierdzia ze skutkiem pomyślnym. Powyższa publikacyja ogłoszona była z wyraźnym zamiarem udowodnienia, że nawet u dzieci prosta punkcyja nie wystarcza, lecz często uciec się trzeba do nacięcia. Według tych wskazówek postępowali też nowsi operatorowie. F. Neumann (referat w *Centralblatt f. Chir.*, 1886, str. 14) w przypadku następowego zapalenia osierdzia, powtórzywszy kilkakrotnie punkcyję i aspiracyję z powodu ciągłego wznawiania się wypociny ropiastéj, nakłuł osierdzie grubym trokarem i pozostawił tulejek komornem. Gdy atoli mimo to odpływ nie odbywał się prawidłowo, naciął 3 międzyżebrze, wprowadził dren i wypłukiwał jamę lekkim rozczynem nalewki jodowéj. Chory umarł we trzy tygodnie po operacyi na zapalenie płuc. Gussenbauer (*Prager med. Wochenschrift,* 1884, str. 46) poszedł jeszcze o krok daléj w zastósowaniu ogólnych zasad chirurgicznych do chorób osierdzia. W przypadku mylnéj dyjagnozy, gdzie rozpoznano ropne zapalenie opłucny, a torakotomia wykazała takież zapalenie osierdzia, Gussenbauer naciął worek sercowy i brzegi jego zeszył z brzegiem rany. Osierdzie przepłukiwano rozczynem tymolu, a w ciągu kilku dni po operacyi wydzielała się z worka sercowego znaczna ilość błon i strzępów. Przetoka osierdzia zamknęła się z czasem, a chory zupełnie przyszedł do zdrowia. Wynik powyższy przypadkowi tylko zawdzięczać należy, lecz im ściślejszą będzie obserwacyja naszych chorych chirurgicznych w każdym kierunku, tém częściéj spotykać się będziemy z tego rodzaju miłemi niespodziankami.

IV.

Laparotomija już w czasach przedantiseptycznych była traktowana jako *ultima ratio.* Jakkolwiek i w owych czasach nie brakło pomyślnych téj operacyi wyników, a antiseptyka właśnie tutaj nie wywołała tak nagłego w rezultatach przewrotu, jak to się stało w innych operacyjach, faktem jest, że stósowanie ogólnych zasad metody przeciwgnilnéj do laparotomii wpłynęło znakomicie na ujednostajnienie wyników i większą w działaniu pewność. Ostatniemi zwłaszcza laty nieustannie pracowano i pracuje się nad tém, aby z jednéj strony zbadać fizyjologiczne właściwości otrzewny w kierunku wydzielania i wsysania, z drugiéj strony, aby przy zachowaniu ostrożności antiseptycznych nietylko wstrzymać zarazki od inwazyi błony brzusznéj, ale nadto uchronić takową od tworzenia się przestrzeni martwych (Mikulicz) i tym sposobem uniknąć infekcyi jéj własnemi rozpadowemi wydzielinami. Jakkolwiek w niektórych ważnych kwestyjach téj sprawy dotyczących (kwestyja osączania) jeszcze podziśdzień zdania są podzielone, jednak zaprzeczyć nie można, że technika operacyjna laparotomii znaczne zrobiła postępy, a tym ulepszeniom mamy do zawdzięczenia, że niebezpieczeństwo ze saméj laparotomii dla chorego wynikające, jeżeli nie zostało usunięte, to przynajmniéj znacznie się zmniejszyło. Postęp ten wyzyskać na korzyść chorych dotkniętych niedrożnością jelit uważamy za jedno z najważniejszych zadań sumiennego lekarza, któremu rodzina powierza dobre i złe losy swoje. Zadanie lekarza jest w téj chorobie bardzo proste: dobrze obserwować i wcześnie rozpoznać, a w rozpoznaniu nie chodzi o specyfikacyje anatomiczne, będące przyczyną niedrożności, bo od tego życie chorego nie zależy, ale od trafnego pochwycenia momentu, w którym jedyna jeszcze możliwa pomoc to życie uratować może, a tym jedynie możliwym ratunkiem jest operacyja. W Angli 2.000 ludzi umiera rocznie na niedrożność jelit, w Niemczech 4.000 rocznie, a ileż to z nich zabieg chirurgiczny mógłby uratować! Wynik statystyki poprawi się w tym kierunku dopiero wtedy, gdy lekarz rozpoznawszy niedrożność jelit od razu sam się pogodzi z myślą laparotomii i choremu na nią zbyt długo czekać nie pozwoli, bo od szybkiéj jego decyzyi w wielu razach wszystko zależy. Prawda, że wielu chorych z inkarceracyją wewnętrzną zapada nagle w głęboką prostracyję sił, prawda i to, że w tego rodzaju przypadkach zapad ten już nie ustępuje, nawet po przywróceniu prawidłowéj drożności jelit, atoli takie groźne i zwykle rozpaczliwe przypadki wykluczywszy, spotykamy się w praktyce chirurgicznéj z dosyć jeszcze znaczną liczbą spostrzeżeń, gdzie żałować przychodzi czasu straconego na zadawaniu lawatyw, środków przeczyszczających z makowcem naprzemian, na pompowaniu powietrza, elektryzowaniu, wreszcie ostatniemi czasy na lewarkowaniu żołądka; dopiero gdy to wszystko nie pomagało

owszem stan chorego coraz się bardziéj pogarszał, prawie *in agone* zdecydowano się na operacyję.

Nie podlega wątpliwości, że w literaturze znaleźć można dowody na skuteczność każdego z wymienionych powyżéj środków w tym lub owym przypadku, prawdą nawet jest, że czasem niedrożność sama ustępuje, bez użycia środków leczniczych, ale to są nader rzadkie wyjątki, na które nam liczyć nie wolno. Przeciwnicy zabiegu operacyjnego lubią tu przytaczać wgłobienie; tymczasem nowsza statystyka wykazuje, że na 59 przypadków téj choroby 51 skończyło się śmiercią: więc i w téj najłagodniejszéj formie niedrożności jelit wyzdrowienie do wyjątków należy. Makowiec, ten najpotężniejszy nasz sprzymierzeniec w walce z niedrożnością jelit, stał nam się środkiem nieodzownym. Posiadając własność powstrzymywania odruchów, przetwory makowca wpływają korzystnie na wymioty, koją ból, uspokajają straszliwą bojaźń, która opanowuje chorego, zwłaszcza w początkach ostréj inkarceracyi zmniejsza wstrząs a co jest może najważniejszym objawem jego działania, to wpływ tego środka na tętno. Pod wpływem makowca i morfinu ciepłota i tętno dają się modyfikować a często utrzymać na długo w stanie bardzo na pozór pomyślnym, wyraz twarzy wraca do stanu prawidłowego, *facies hippocratica* ustępuje, zmniejsza się siność pod oczami i na ustach, pot nie kipi z twarzy, a trwoga śmiertelna zdaje się ustąpiła zupełnie. To też nie dziw, że bez makowca w leczeniu wewnętrznem niedrożności jelit obyć się nie możemy, tém mniéj, o ile że chorzy tego rodzaju znoszą znaczną ilość opijatów. Blake (F. Treves: *Darmobstruction* itd. Niem. tłumaczenie Artura Pollaka. Lipsk, 1886, str. 425) opowiada o chorym, który ośmnaście tygodni cierpiał na absolutną obstrukcyję jelit, a przez cały ten czas zażywając morfin doprowadził do 0,72gr. dziennie. Stolec odszedł sam przez się na tydzień przed zgonem chorego.

Z powyższego wynika, że podobnie jak w przepuklinie nadziergniętéj, tak samo w niedrożności jelit swoistemi dawkami makowca główne objawy tak można zmodyfikować, że obraz kliniczny choroby zupełnie się zaciera, a nietylko rozpoznanie, ale i rokowanie na tém szwankuje. Słusznem tedy jest napomnienie Trevesa, które własnem doświadczeniem stwierdziliśmy, aby w ostrych zwłaszcza przypadkach niedrożności, przedewszystkiém zaś w samym początku choroby, przed powzięciem stanowczego co do terapii postanowienia, przetwory makowca dawać z wielką ostrożnością. Makowiec kilkakrotnie zadany zmienia obraz kliniczny, maskuje niebezpieczeństwo, ostateczny wynik dodatniego wpływu nie ma.

Podobną lubo nie identyczną rolę odgrywa w niedrożności jelit polecone ostatniemi czasy wypłukiwanie żołądka. Za pomocą téj manipulacyi jesteśmy w stanie oczyścić żołądek, a może i część kiszek ponad miejscem zaciśniętém, z gazów i kału, a przez to zmniejszany ruch robaczkowy, podobnie jak to czyni makowiec. Nie podlega wątpliwości, że w wielu razach gwałtowność objawów inkarceracyjnych po wypłukaniu żołądka zmniejsza się, lecz stanowcze ich ustąpienie jest zdarzeniem rzadkiém. Dla tego też pierwszy przez Kussmaula wywołany zapał wkrótce ustąpił miejsca przekonaniu, że lewarkowanie żołądka nie jest także niczém więcéj, jak środkiem kojącym, i że go nie należy zbyt długo stósować, aby na bezowocnych próbach nie tracić czasu i odpowiedniéj do operacyi chwili nie przeoczyć.

(Dokończenie nastąpi).

III. Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

2. Maryja M. lat 30, służąca. Chora podaje, że przed 7 dniami miał wystąpić u niej ból nóg znaczny, potém dreszcz, który się na drugi dzień powtórzył i że odtąd ma stałą gorączkę z silném pragnieniem. Chora przybyła do szpitala dnia 26 lutego. Stan obecny: Dobra budowa, odżywienie podupadłe; na skórze tułowia wybitna wysypka guziczkowa; język mocno obłożony, suchy, granice płuc nieco obniżone i objawy rozległego suchego nieżytu oskrzelowego; brzuch wzdęty, nad kiszką ślepą kruczenie a śledziona pod łukiem żebrowym macalna przy głębokim wdechu, o brzegu grubym, niebolesna. Mocz zawiera sporo białka. Ciepłota 40°C.

Rozpoznano: *Typhus abdominalis.* Od dnia przybycia do 7 marca t.j. przez dni 9 ciepłota utrzymywała się między 40°C a 38°C, bez typowego obniżania się lub podnoszenia się; 8 marca ciepłota spadła do 37·5°C, na drugi jednak dzień notowano znowu 40°C, a badanie wówczas wykazało lekki niedowład nogi lewéj. Odtąd aż do końca życia ciepłota z małemi różnicami utrzymywała się pomiędzy 39°C a 38°C; wśród tego wystąpiła odleżyna na kości krzyżowéj w postaci małego owrzodzenia środkowego z brzegami zaczerwienionemi; odleżyna ta z biegiem dni szybko się powiększała i przybrała cechę zgorzelinową. Niedowład nogi lewéj się wzmagał stopniowo, noga brzmiała i siniała, ciepłota jéj obniżała się a do dnia 3 kwietnia cała noga uległa zgorzeli. Śmierć dnia 12 kwietnia. Protokół sekcyi:

Typhus abdominalis absolutus. Decubitus gangraenosus sqn. septicaemia et gangraena cruris dextri. Oedema acutum pulmonum. Degeneratio adiposa cordis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Infarctus renis sinistri.

Chora przybyła w 3cim tygodniu duru, za czém przemawiały: obecność wybitnéj wysypki guziczkowéj, obrzęk śledziony wyraźny, ciepłota stała 40°C i osłabienie ogólne bardzo znaczne (tętno nikłe 108) a już w 2 tygodniu pobytu, a więc w 5 tygodniu choroby, stwierdzono odleżynę na kości krzyżowéj poprzedzoną na kilka dni niedowładem odnogi lewéj przy podniesionéj (po poprzednim spadku) ciepłocie; równocześnie stwierdzono szmery śródsierdziowe skurczowe nad lewą komórką; a więc wystąpiły w 5 tygodniu choroby zmiany w narządzie krążenia (niedomoga serca i zakrzep żył) poczem w następstwie zgorzel a w końcu posocznica (*septicaemia*). Dodać należy, że w ostatnich 4 tygodniach gorączka była wcale nieznaczną (między 38° a 37°C) a od początku obserwacyi zawsze tętno nikłe. Osłabienie serca było na początku choroby głównym objawem i przyczyną pierwszą pośrednią zejścia niepomyślnego.

3. Marya Mr. lat 26 licząca służąca przybyła dnia 21 sierpnia podając, iż od 2 tygodni miewa dreszczyki, stały ból głowy, brak apetytu i że czuje się znacznie osłabioną. Stan obecny: Dobrze zbudowana, ogólny stan odżywienia lichy; skóra blada bez śladu wysypki, język obłożony, w narządzie oddechowym objawy suchego nieżytu oskrzelów, zwłaszcza w tylnych dolnych częściach; brzuch miernie wzdęty, śledziona poniżéj łuku macalna o brzegu twardym, niebolesnym. Miesiączka obecna. Badanie moczu w zakładzie chemicznym wykazało: Mocz ciemno żółtawéj barwy, od-

działywania kwaśnego, osadu ilość zwiększona, chlorki prawidłowe. Białka wielka ilość. W osadzie obok zwiększonéj ilości śluzu ciałka krwi licznie i wałeczki Belliniego. Rozpoznanie brzmiało: *Typhus abdominalus cum nephritide acuta complicata.*

Chora leżała w szpitalu do dnia 30/VIII z gorączką stałą pomiędzy 40°C a 39°C, tętno utrzymywało się stale między 108—120 a w ostatnich dniach 140 uderzeń na minutę, dwubitne. Na drugi dzień po przybyciu wystąpiła dość obfita guziczkowa wysypka na tułowiu. Rozwolnienie znaczne przez cały czas choroby się utrzymywało. Ilość białka utrzymywała się w jednéj mierze. Pod koniec życia tętno stawało się coraz czętszem i miększem (144 uderzeń na minutę). Zejście śmiertelne dnia 30V/III. Leczenie: Okład na głowę, ścisły dozór, i środki podniecające. Dyjeta: pokarmy płynne.

Rozpoznanie sekcyjne opiewa: *Typhus abdominalis intestini ilei et partis ascendentis colonis in stadio ulcerationis partim infiltrationis et necroseos glandularum agminatarum et solitarium, Hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Bronchitis diffusa. Bronchopneumonia acuta recens dispersa partium posteriorum praecipue pulmonis dextri. Emphysema marginale. Oedema acutum pulmonum.* W nerkach sekcyja nie wykazała zapalenia, również zmian nie znaleziono ani w pęcherzu, moczowodach ani w miedniczkach nerkowych, obfitą przeto ilość białka należałoby odnieść tylko do ostrego stłuszczenia miąższu nerkowego.

Przebieg kliniczny odpowiadał trzeciemu tygodniowi duru w zgodzie z wywiadami i nekroskopiją. Chora umarła z początkiem 4 tygodnia. Główną następową komplikacyją było ostre zrazikowe zapalenie płuc.

4. Julia Sm. lat 20 licząca, służąca, podaje, że od tygodnia po wstępnym dreszczu ma silny ból głowy, nóg i stałą gorączkę. Chora po tygodniowém leżeniu w łóżku wstała, kiedy jednak pierwotne dolegliwości znacznie się wzmogły, udała się do szpitala dnia 22/VIII. Badanie wykazało suchy nieżyt oskrzelów, ból nad jelitem ślepem, i tamże nagromadzenie kału; ciepłotę 41. 1°C, tętno w ilości 120 uderzeń na minutę; brak wysypki. Śledziona powiększona, jednak niemacalna, w moczu spora ilość białka. Rozpoznano dur brzuszny.

Ciepłota utrzymywała się stale na wysokości przeszło 40°C, w trzecim dniu po przybyciu wystąpiła wysypka guziczkowa na skórze tułowia a śledzionę można było dokładnie pod łukiem żebrowym wyczuć, brzuch wzdęty, bolesny, język suchy, biegunka. Odtąd stan jednaki, ciepłota między 39,5°C a 38°C, tętno 120 uderzeń na minutę; rozwolnienie utrzymywało się stale. W dniu 4 września wysypka przybladła, chora apatyczna, tętno podniosło się do 132 uderzeń a wśród zwiększającego się zapadu nastąpił skon dnia 5 września o godz. 8 rano.

Sekcyja wykazała: *Typhus abdominalis totius intestini crassi in stadio ulcerationis et necroseos, hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis hypoplastici, hypoplasia aortae. Pneumonia lobularis incipiens partis posterioris lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis diffusa. Nephritis apostematosa disseminata et degeneratio adiposa renum. Degeneratio et infiltratio adiposa hepatis.*

Chora zmarła w 13 dniu pobytu w szpitalu, w 20 dniu choroby a więc z końcem 3 tygodnia. W pierwszych trzech dniach niezwykle wysoka ciepłota 41°, 40·8°, 40·8°, potém spadała do 39° i 38°; tętno szybkie od 120 do 126 przez cały czas pobytu a w ostatnim dniu 132. Momentem usposabiającym do niepomyślnego zejścia była hypoplazyja serca i tętnicy głównéj, czego badanie kliniczne wykazać nie mogło. Z komplikacyj następowych sekcyja wykazała *a*) ropne rozsiane zapalenie nerek (*nephritis apostematosa disseminata*), którego objawem za życia prócz białkomoczu były prawdopodobnie uporczywe wymioty, tłumaczone z zadrażnienia otrzewny przy głębokiém owrzodzeniu (stwierdzoném nekroskopiją) tem snadniéj, że bolesność brzucha była bardzo znaczną, *b*) zapalenie rozpoczynające zrazikowe płuca prawego (*pneumonia lobularis partis posterioris lobi inferioris pulmonis dextri*). Zapalenie ropne nerek wystąpiło prawdopodobnie na dwa dni przed śmiercią zamarkowane podwyższeniem ciepłoty i wymiotami bardzo uporczywemi.

5. W dniu 29 września zgłosiła się do szpitala Karolina B., lat 18 licząca, sierota, zostająca na utrzymaniu rodziny, podając, iż od 12 dni ma silny ból głowy, duszność i rozwolnienie; podany w domu środek wymiotny sprowadził przez dwa następne dni trwające wymioty. Już od początku choroby miał być chód upośledzony. Stan obecny: budowa wątła, odżywienie liche, skóra blada, wysypka na tułowiu guziczkowa, język mocno obłożony. W płucach obok nieżytu suchego oskrzelów znaleziono po stronie prawéj w pasze od 6 żebra ku dołowi i z tyłu od kąta łopatki do dołu przytłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i obfite wilgotne drobnobańkowe rzężenia. Brzuch wzdęty, kruczenie nad jelitem ślepém; śledziona powiększona, niemacalna. Mocz bez białka. Ciepłota 40° C. Badanie w sferze ruchowéj zmian nie wykazało. Rozpoznano dur brzuszny i zapalenie płuca prawego.

Przebieg: Ciepłota aż do dnia śmierci utrzymywała się zawsze stale około 40° C. Tętno 120 uderzeń na minutę. Przez cały czas choroby w szpitalu stolce wolne, grochowe; nieżyt suchy oskrzelów utrzymywał się stale. Co się zaś tyczy zapalenia płuc, to ślady jego ustąpiły w dniu 13 października. W dniu 16 paźdz. zauważono po raz pierwszy upośledzenie ruchów odnóg dolnych, które bardzo szybko postępowało i doszło tego samego dnia do zupełnego niedowładu a prawie równocześnie wystąpiło porażenie zupełne rąk tak, że chora żadnych ruchów wykonywać nie mogła. Odruchy kolanowe zniesione a chora posadzona przechylała się mocno ku przodowi z powodu porażenia mięśni grzbietowych. Czynność kiszki stolcowéj i pęcherza normalna, czucie w miejscach porażonych nieco zmniejszone. Obok tych zmian rozpoczynająca się odleżyna na kości krzyżowéj. Stan taki trwał do 21, X, w którym to dniu z końcem 5go tygodnia chora życie zakończyła po krwotoku wewnętrznym. Obok leków skrzepiających podawano jodek potasu (5:150) rano i wieczór łyżkę, który chora używała przez dni sześć bez skutku.

Rozpoznanie sekcyjne opiewa: *Typhus abdominalis intestini ilei et totius intestini crassi in stadio partim ulcerationis partim infiltrationis cum hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum. Catarrhus ventriculi chronicus. Bronchitis diffusa. Oedema acutum pulmonum. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Cystitis catarrhalis. Endometritis corporis uteri catarrhalis. Anaemia. Decubitus.* Rdzeń i nerwy bliżéj mikroskopowo badane zmian nie wykazały.

Sekcyja wykazała więc jeszcze częściowo okres nacieków (*infiltratio*). Z tego wynika, że rozległe zmiany durzy-

cowe w kiszkach powstawały okresowo i tem samem tłumaczy się stała gorączka. Znaczne upośledzenie władzy w odnogach górnych i dolnych odpowiadało zanikowi mięśniowemu (*atrophia muscularis*), jaki się zdarza w durze a nie porażeniu wstępującemu (*Paralysis ascendens*), które przypuszczano za życia. Krwotok kiszkowy wśród rozległego owrzodzenia i okresowo występujących nawałów był przyczyną śmierci. Zauważyć należy jeszcze, że przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu chora miała uporczywe wymioty, jak opowiadała, po środku wymiotnym w domu zażytym. Być może, że sam akt wymiotny jest dla durowych bardzo szkodliwym (co zresztą bardzo łatwo pojąć można) i że choroby wywolujące wymioty nietylko a może i nie tyle swém istnieniem zakłócają przebieg choroby, ile towarzyszącym tymże zmianom aktem wymiotów. Z tegoby wynikało, że leczenie poronne wymiotne, tak chętnie używane przez dawnych lekarzy w chorobach zakaźnych, w durze brzusznym bezwzględnie bardzo źle wpływa na przebieg duru.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

M. Baratoux: **O wyłuszczeniu krtani.**

Le Progrès Médical z d. 27 marca i 10 kwietnia zawiera wyczerpującą historyczno-statystyczną pracę Baratouxa, uzupełniającą pracę Hahna. (Patrz *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 260). Ostatni zebrał 91 przypadków wyłuszczenia krtani, Baratoux aż 102. Za czasów Levreta leczenie nowotworów krtani pozostawiano naturze, Desault pierwszy zaproponował wyłuszczenie nowotworów krtani i on téż opisał laryngotomiję, nigdy jéj jednak nie wykonał. Pierwszym, który wykonał ostatni zabieg w r. 1833 był Braüers z Louvain i odtąd operacyję tę powtarzano. W 1829 r. Albert z Bonny w celach doświadczalnych, a mianowicie dla przekonania się, jaki udział bierze krtań przy oddychaniu, wykonał na psach częściowe, a nawet całkowite wycięcie krtani, jeden pies zdechł jednak w skutek krwotoku podczas operacyi, a drugi w 9 dni po operacyi w skutek wyniszczenia.

W r. 1854 Langenbeck miał zamiar wykonać wyłuszczenie krtani u chorego dotkniętego złośliwym nowotworem tego narządu, chory jednak nie zgodził się na ten zabieg. Koeberle oświadczył się również za wyłuszczeniem w podobnych przypadkach. Hueter przypisuje sobie pierwotną myśl téj operacyi, któréj nie wykonał jedynie dla tego, że chora umarła podczas poprzednio wykonanéj (zapobiegawczéj) tracheotomii. W r. 1866 dopiero Patrick Heron Watson z Edynburga wykonał po raz pierwszy wyłuszczenie krtani z powodu zmian kiłowych w téjże, chory jego jednak zmarł z zapalenia płuc w 3 tygodnie po operacyi. Nie wiedząc o tym zabiegu Czerny z Heidelbergu przedsięwziął doświadczenia na psach, chcąc się upewnić, czy wyłuszczenie krtani nie zagraża życiu. Jeden jednak pies zdechł 2go, drugi 15 dnia z uduszenia w skutek przesunięcia się rurki. Odtąd wykonywał C. poprzednio tracheotomiję zapobiegawczą, a po wyłuszczeniu wprowadzał długą rurkę, która się już nie przesuwała. Do chloroformowania i w celu zapobiegania dostaniu się krwi do tchawicy wprowadzał rurę gumielastyczną o grubych ścianach cięciem poniżéj chrząstki pierścieniowéj i wyłuszczał narząd głosowy oddzielając go począwszy od dołu od połyku aż do chrząstek nalewkowych, przecinając wielkie rogi kości gnykowéj i przecinając znowu krtań powyżéj górnego brzegu chrząstki tarczykowéj. W pierwszych przypadkach pozostawiał nagłośnię i przyszywał ją, w ostatnich wycinał ją, a psy na drugi dzień mogły łykać. Wprowadzając następnie sztuczną krtań przekonał się, że czynność narządu głosowego można do pewnego stopnia przywrócić. Wkrótce téż, bo 31 grudnia r. 1873, Billroth swoim korzystnym wynikiem wprowadził wyłuszczenie krtani w szereg uznanych operacyj. Aż do chwili ogłoszenia pracy Baratouxa wykonano 102 wyłuszczeń krtani, z tych 73 z powodu raka, 10 z powodu mięsaka, 10 z powodu zwężenia, zgorzeli, polipa, a 9 z powodu chorób przyrody niepewnie znanéj. Z tych ostatnich 9 przypadków 5 jest niejasno opisanych. Zatém 97 przypadków daje się zużytkować do porównania. W 83 przypadkach wykonano całkowite wyłuszczenie, a w 14 tylko częściowe. Autor podaje następnie tablicę statystyczną przypadków całkowitego wyłuszczenia z nazwiskami operatorów i wynikami szczegółowemi każdego przypadku, począwszy od pierwszego przypadku Watsona aż do ostatniego Péana w marcu 1886 r.

Z zestawienia tego wynika, że operacyja ta dała 32 wyników korzystnych na 64 śmierci. Śmierć następowała zazwyczaj pomiędzy 2gim dniem po operacyi a 2ma latami. Bezpośrednią przyczyną śmierci były: zapalenie płuc, zapad i upadek sił. Z 32 przypadków wyleczonych 23 operowanych z powodu raka (z tych 21 całkowite wycięcie) żyło 4 lata, reszta 2 lata, 19, 18, 18, 16, 14—2 miesięcy.

Z porównania stosunku korzystnych wyników z niekorzystnemi przypada w przypadkach raka 47 śmierci na 15 wyzdrowień, t. j. wyleczenie miało miejsce zaledwo w $^1/_4$ części przypadków; 3cia część operowanych zmarła już w pierwszym tygodniu z zapadu, utraty sił, zapalenia opłucny, zatoru płucnego, krwotoku i zapalenia płuc (11 razy). Wyniki w przypadkach mięsaków były nieco korzystniejsze, a z 7 przypadków z zejściem śmiertelném 5 żyło od 7—18 miesięcy. Wyleczenie miało miejsce w połowie tych przypadków. Z 6 przypadków operowanych z powodu zwężeń i t. p. 5 żyło zaledwie 3 miesięcy, jeden zaledwie 6 miesięcy, a ostatni zaledwie rok. Zatém w $^2/_3$ przypadków wyłuszczenia krtani śmierć nastąpiła przed 6 miesiącami po operacyi.

Wskazania do wycięcia krtani stanowią: złośliwe nowotwory, które zajęły większą połowę przyrządu, nie zajęły jednak jeszcze sąsiedztwa. (Chorych w podeszłym wieku nie należy operować). Przeciwwskazaną jest ta operacyja w przypadkach dobrotliwych nowotworów, brodawczaków, zapaleń chrząstek albo nekrozy chrząstek, albo w przypadkach zajęcia sąsiedztwa przez złośliwe nowotwory. Częściowe wyłuszczenie powinno mieć pierwszeństwo przed całkowitém w przypadkach, w których tylko mniejsza połowa przyrządu jest zajętą przez nowotwór, w pewnych przypadkach zaciągnięć bliznowatych i w przypadkach przerostu lub skostnienia chrząstek, gdzie zwykła metoda rozszerzania zawodzi. Przy częściowém wyłuszczeniu wyniki pod względem powrotów nie są gorsze niż przy całkowitém, rurka jest zbyteczną, chory może mówić niskim głosem, a w niektórych przypadkach przychodzi do wytworzenia nowéj struny głosowéj i głos bywa wtedy lepszym, niż przy zastósowaniu sztucznéj krtani. W większéj liczbie przypadków wykonano poprzednio tracheotomiję częścią z powodu duszności, częścią mając na myśli następowe wyłuszczenie krtani (Czerny) (tz. zapobiegawczą); częścią też chcąc tą drogą wyłuszczyć nowotwór

bez wyłuszczenia samego przyrządu. Przekonano się też, że w razie wykonania poprzedniego tracheotomii chory odzyskuje siły, błona śluzowa jego krtani przyzwyczaja się do bezpośredniego działania na nią powietrza, tchawica lepiéj potém znosi kaniulę, nadto powstają zrosty w tém miejscu uczepiające tchawicę do sąsiedztwa, przez co ta ostatnia nie opada ku dołowi, a tém samém krew i ropa trudniéj dostają się do niéj podczas i po operacyi; tą drogą najlepiéj też chloroformować chorego.

Do uśpienia używano chloroformu, mięszaniny Billrotha, dwuchlorku metylenu (Heine), a nawet miejscowego znieczulenia eterem (Bottini). Jeżeli poprzednio nie wykonano tracheotomii, należy ją wykonać bezpośrednio przed wyłuszczeniem krtani jak najniżéj i zatamponować następnie tchawicę. Do tamponowania tchawicy używa się zazwyczaj rurki z tamponem Trendelenburga (Tamponkanüle). Sposób ten tamponowania tchawicy polecili Heine, Langenbeck, Bruns, Caselli, Schönborn i inni. Billroth i Bottini porzucili rurkę Trendelenburga, jako zawadzającą, a Bottini powiada: „że gdy takowa silnie jest wydętą, chory jéj nie znosi, gdy zaś jest wolno założoną krew dostaje się do tchawicy“. Caselli i Lange radzą operować w położeniu Rosego, t. j. z głową zwieszoną na dół. Albert wprowadza tylko rurę gumielastyczną do tchawicy po oddzieleniu jéj od krtani. Przy użyciu rurki Trendelenburga chloroformowanie bywa bardzo ułatwioném. Cięcie wykonywa się w linii środkowéj, na końcach tego cięcia prowadzi się 2 pionowe i uzyskuje w ten sposób 2 płaty boczne. Cięcie prowadzi się na 1 cm. powyżéj kości gnykowéj aż do miejsca tuż powyżéj przetoki krtaniowéj; Langenbeck polecił cięcie w kształcie litery T o ramionach w górze, Bottini zaś cięcie w kształcie odwrotnego T (⊥). Następnie jedni wykonywają laryngotomię (Schönborn), w celu obejrzenia wnętrza krtani, inni tępo oddzielają części miękkie od krtani szczypczykami, zgłębnikiem rowkowanym lub termokauterem (Bottini), przyczém ochraniają naczynia i nerwy. Według Bottiniego uciśnięcie nerwu błędnego może wywołać omdlenie. Trzecim aktem operacyi jest właściwe wyłuszczenie przyrządu, które można uskutecznić albo od dołu ku górze (Czerny, Billroth, Heine, Schönborn) albo od góry ku dołowi (Maas, Langenbeck). Przy użyciu pierwszéj metody ujmuje się krtań hakiem ostrym i ciągnie ku przodowi, poczém przecina się poniżéj chrząstki pierścieniowéj krtań nożem lub termokauterem (Bottini), oddziela ją od połyku (po poprzedniém zatamponowaniu tchawicy rurką Trendelenburga lub po wprowadzeniu rury gumielastycznéj do niéj), wreszcie przecina się błonę pomiędzy krtanią a kością gnykową. Operując od góry przecina się wiązadła tarczykowo-gnykowe i tarczykowo-nagłośniowe, a po odddzieleniu od połyku przecina się na końcu tchawicę albo też pozostawia się chrząstkę pierścieniową, jeżeli jest zdrową. Nagłośnię wycina się na końcu, jeżeli tego wymaga potrzeba. Po wyłuszczeniu tamuje się krwotok a rurkę Trendelenburga zastępuje się zwykłą lub w kształcie litery T, którego górne ramię zatyka się początkowo. Następnie wprowadza się zgłębnik połykowy i zakłada się szwy zbliżające brzegi rany i opatrunek jodoformowy. Szwy wyjmuje się około 5go dnia. Chorego żywi się zgłębnikiem żołądkowym przez pierwszych dni 15. Billroth pozwala już 8 dnia choremu przyjmować pokarmy płynne, bez zgłębnika żołądkowego. Po operacyi grożą choremu przedewszystkiém krwotok następowy, któremu zapobiedz można tamponując krtań, i zapalenie płuc, któremu zapobiega się wziewaniami antiseptycznemi i zwieszaniem głowy chorego ku tyłowi, tak że otwór tchawicy stanowi najwyższy punkt rany. Wreszcie wprowadza się rurkę fonacyjną Gussenbauera; od długości języczka metalowego téj ostatniéj zależy wysokość głosu. Heine i Schmidt wprowadzać radzą rurkę fonacyjną bezpośrednio po operacyi, inni w 3 do 5 tygodni po operacyi. *Dr. Bar**ą**cz.*

Okulistyka.

Dr. Bol. Wicherkiewicz: **O drugorzędném przeszczepianiu płatów skóry bez mostka w zastosowaniu do blefaroplastyki.**

Podstawowe doświadczenia Reverdina nad przeszczepialnością powierzchownych warstw skóry na świeżo brodawkujące rany dały pochop do daléj idących doświadczeń tak, że już Wolff i Wordsworth pokusili się ze skutkiem o przeszczepianie większych odosobnionych płatów skóry w całéj jéj grubości w celu pokrycia ubytków skóry powiek. Za niezbędny warunek udania się transplantacyi tego rodzaju uważali oni: 1) wstrzymanie się od wszelkich antiseptycznych środków z obawy przed nadwerężeniem proliferacyjnéj zdolności komórek; 2) utrzymanie płatu w cieplocie krwi podczas całéj operacyi. O ile drugi warunek niewątpliwie ma wielkie, acz nie istotne, znaczenie, to co do pierwszego przekonał się autor, że postępowanie przeciwgnilne wcale na możliwość przyjęcia się płatu szkodliwie nie wpływa. Natomiast ważną tu rolę odgrywa krwotok po utworzeniu rany, skrzep bowiem krwi nie dopuszcza do dokładnego przystosowania płatu do saméj powierzchni. Możliwości organizacyi krwi autor nie przeczy wprawdzie, uważa jednak dokładne zatamowanie krwotoku za niezbędny warunek postępowania przeciwgnilnego. Jakkolwiek krwotok występujący po uwolnieniu powiek z bliznowatych zrostów zwykle bywa nieznaczny, tak nieznaczny, że autor nigdy prawie nie był zmuszonym uciec się do podwiązania naczyń, to przecież miąższowe broczenie nigdy dokładnie zatamować się nie da. Trudność zaś ta staje się jeszcze większą w przypadkach, gdzie chodzi o ubytek powstały po usunięciu nowotworu powiek, co zawsze bywa z silniejszém połączone broczeniem. Doświadczenia Kochera nad szwem drugorzędnym naprowadziły w obec tego autora na myśl, czyby nie można odświeżonéj i uwolnionéj ze zrostów powieki pokryć dopiero po kilku dniach płatem, kiedy już krwotoku obawiać się nie trzeba.

Modyfikacyję tę nazwaną przez siebie „drugorzędną transplantacyją bez mostka“ przeprowadza autor w następujący sposób: Przedewszystkiém chory otrzymuje kąpiel ogólną, pole operacyjne oczyszcza się dokładnie mydłem i sublimatem 1 : 1000, a worek spojówkowy przepłukuje sublimatem 1 : 10,000. Kilkoma wstrzyknięciami kokainy (razem 0·03—0·04 *coc. mur.*) znieczula się pole operacyjne, poczém następuje uwolnienie i repozycyja powiek, będąca zarazem przygotowaniem i odświeżeniem podstawy rannéj pod płat. W tym celu prowadzi autor cięcie równolegle do wolnego brzegu powieki, tak jednak, aby ile możności jak najwięcéj zdrowéj skóry przy brzegu zostało, od końców zaś tego cięcia prowadzi drugie, okrążające dookoła bliznowate zrosty, poczém następuje oddzielenie powieki podskórnemi cięciami od zrostów z podstawą. Po uruchomieniu w ten sposób powieki wykonywał autor pierwotnie tarsorafiję, w ostatnich czasach jednak, aby jeszcze lepiéj odsłonić podstawę dla przyszłego płatu, a zarazem uniknąć oszpecenia po tarsorafii, zastąpił tarsorafiję przeciągnięciem przez brzeg powieki pętli z je-

dwabnéj nitki, za pomocą któréj dowolnie można podnieść, względnie ku dołowi ściągnąć, powiekę, zyskując przez to napięcie szeroką dla płatu podstawę. Nitkę, podtrzymywaną wśród operacyi przez asystenta kolodyjonem, następnie przytwierdza się do czoła, względnie do lica. Dla zapobieżenia następowemu miąższowemu krwotokowi pokrywa się ranę płatkami lepnéj gazy jodoformowéj Billrotha, poczém w zwykły sposób zakłada się opatrunek przeciwgnilny. Po 1—4 dni, co jest obojętném, zdejmuje się pod rozpylaczem karbolowym opatrunek celem przystąpienia do aktu drugiego: przeszczepienia płatu, którego wielkość i kształt odznacza się na modelu z gumowego papieru. Płat bierze autor ze skóry ramienia przy znieczuleniu kokainą. Śród preparowania należy zwracać uwagę na dokładne oddzielenie tkanki tłuszczowéj. Podczas tego asystent iryguje płat ciepłym roztworem kwasu borowego aż do chwili zupełnego zaadaptowania do ubytku. Wielkość płatu nie powinna przewyższać o wiele powierzchni rannéj, przy rozciągnięciu bowiem tejże za pomocą pętli płat o parę milimetrów w obwodzie szerszy zupełnie wystarcza, podczas gdy nadmiar skóry przeszczepionéj marszczy się, a część niedokładnie przylegająca obumiera. W równych zaś zresztą warunkach płat większy daje mniejszą rękojmię przyjęcia się niż mały. W razie gdyby płatu przecież tu i owdzie nie dostawało, 2—4 szwów wystarczy do zupełnego zbliżenia brzegów ku sobie. Kardynalnéj wagi jest dokładne przyleganie płatu, do czego zmierza między innemi starannie i jednostajnie działający opatrunek uciskowy; przed założeniem takowego pokrywa jednak jeszcze autor płat listkiem aseptycznego staniolu w celu ułatwienia oddzielenia materyjału opatrunkowego przy zdjęciu opatrunku.

Pierwsza zmiana opatrunku ma miejsce w 7—8 dni po II akcie, w razie, jeżeli przy codziennem oglądaniu nie zauważymy sączenia. Przy ostrożném zdjęciu opatrunku napotyka się następujące możliwości: 1) albo płat w całości się przyjął, w takim razie posiada barwę lekko różową, przyczém przyskórek bywa często zmacerowanym, lub téż pokryty jest pod przyskórkiem białawą gęstą masą, którą autor uważa za proliferacyję komórek warstwy Malpighiego; 2) albo przyrósł tylko częściowo w postaci wysepek odróżniających się różowawém zabarwieniem od bladych, często rozmiękłych części uległych obumarciu; 3) lub wreszcie płat zgoła się nie przyjął, co się na pierwszy rzut oka zdradza bladém lub żółtawoszarém zabarwieniem przy wydzielinie mniéj lub więcéj obfitéj, co już zależy od tego, czy sprawa odbywała się wśród septycznych lub aseptycznych warunków. Przyjęcie się nawet całkowite płatu nie dowodzi jeszcze wygranéj. W dalszym bowiem przebiegu po przecięciu mostka utworzonego przez tarsorafiję, płat nierzadko ulega skurczeniu, poczém już nieraz po kilku tygodniach wraca napowrót wywinięcie powieki. Zdarza się także, co już jednak dotyczy przeważnie osób dotkniętych charłactwem kiłowém lub zołzowém, że po zagojeniu płatu w jakiś czas późniéj wytwarza się wrzodzik w pewném miejscu, który poczyna szybko się szerzyć, aż wreszcie cały płat ulegnie rozpadowi. Czasem uważał nawet W. u osób nieobciążonych powolną mumifikacyję płatu.

Z zamieszczonego w rozprawie opisu 7 historyj chorób wynika, że na 10 wykonanych transplantacyj drugorzędnych (nb. w 2 przypadkach musiano powtórzyć transplantacyję 3, w jednym 2 razy) w 2 przypadkach płat wcale się nie przyjął, w jednym przyjął się w znacznéj części, a w 7 w całości. Z przyjętych w całości 2 uległy rozpadowi z powodu wzmiankowanego wyżéj wrzodu, w jednym nastąpiło skurczenie z następném wywinięciem powieki jak przed transplantacyją i w 1 mierne skurczenie się bez wywinięcia.

W rezultacie więc na 10 przeszczepień 5 osiągnęło cel w zupełności, co do trwałości jednak wyniku z dat zamieszczonych w rozprawie sądu sobie wyrobić nie można, czas bowiem obserwacyi nie przenosił 3 miesięcy po operacyi. Z 5 niepomyślnie zakończonych transplantacyj dwie chybiły celu z powodu zakażenia kiłowego, 2 skutkiem znacznych rozmiarów ubytku, tak że płat osiągnął długość 72 mm., w jednym zaś wrzód zniszczył wynik z niewiadoméj przyczyny. Zestawienie to obliczone przez nas w stosunku do liczby wykonanych transplantacyj przedstawi się o wiele korzystniéj, jeżeli uwzględnimy ostateczny rezultat dla pojedyńczych chorych, po ponownych bowiem zabiegach udało się autorowi, nawet w przypadkach gdzie pierwotnie wynik był niepomyślnym, uzyskać znaczną jeżeli nie całkowitą poprawę ułożenia powiek. Dodać należy, że z przywróceniem należytego ustawienia powiek i wzrok podupadły skutkiem następowych cierpień rogówki doznawał wybitnéj poprawy.

Korzyści, jakie przedstawia drugorzędna transplantacyja przed przeszczepieniem, wykonaném bezpośrednio po odświeżeniu rany, widzi autor w 3 głównie punktach: 1) w ominięciu krwotoku, 2) w zaoszczędzeniu płatu w przypadkach, gdzie po zdjęciu opatrunku po pierwszym akcie napotykamy podejrzany stan rany, w takim bowiem razie po dokładném oczyszczeniu pola można usunąć niezdrowe granulacyje, a przystąpić do transplantacyi po oczyszczeniu się rany; 3) w przypadkach, gdzie istnieją zmiany w kościach sąsiednich, pozwala drugorzędna transplantacyja wykonać przeszczepienie wśród warunków więcéj aseptycznych, bo już po usunięciu zakaźnych wytworów ogniska gruźliczego lub nowotworowego. (Osobne odbicie z *Arch. Graefego*, T. XXXII, Zeszytu 4go). *Dr. Sroczyński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dodawanie kwasu salicylowego do pożywek.

Sprawa szkodliwości dodatku kwasu salicylowego do pożywek nie schodzi od lat kilku z porządku dziennego badań i rozpraw naukowych. W ostatnich czasach zajmowała się tą sprawą Akademija lekarska w Paryżu, w któréj toczyły się rozprawy w grudniu r. z. i styczniu r. b. nad sprawozdaniem Dra Vallina, przedstawionym w imieniu poprzednio wyznaczonéj komisyi. Oto krótki zarys wzmiankowanego sprawozdania i rozpraw w téj ważnéj sprawie.

I. Sprawozdanie zajmuje się najpierw pytaniem, czy mierne ilości kwasu salicylowego używane przez miesiące i lata mogą zrządzić zaburzenie zdrowia? Z leczniczego użycia wielkich dawek jakiegoś środka nie można nic wnosić o nieszkodliwości tegoż, jeżeli jest wprowadzony do ustroju z pożywkami. Gorączkujący, zachowujący dyjetę, nieopuszczający łoża znosi środki lekarskie w ilościach, których zdrowy i czynny, kilkakrotnie przez dzień jedzący, nie jest w stanie znieść: choremu na zapalenie płuc można przez tydzień codziennie podawać 30—40 ctgm. emetyku, gdy już jedno ziarno wzbudza wymioty u człowieka jedzącego; dygitalinę, makowiec, jodek potasu znoszą chorzy w ilościach, jakich powróciwszy do zdrowia znieść nie są w stanie.

W skutek idyjosynkrazyj szczególnych (wysypki płonicowe, obrzęki, zawroty, majaczenia i t. d.) niektórzy chorzy nie mogą znieść dawek kwasu salicylowego, nawet mniej-

szych od grama. Możnaby powiedzieć, że to wyjątki, ale z 1000 osób, ileż miało sposobność wypróbować swą wrażliwość na kw. salicylowy. Gdy cała ludność kraju będzie narażoną na pożywanie codzienne kw. salicylowego z pożywkami, ujawni się liczba takich idyjosynkrazyj.

U starców, u osób dotkniętych miażdżycą tętnic, zaburzeniami w czynności nerek z powstrzymaniem wydzielania moczu, przeciwskazanym jest kw. salicylowy, a nagromadzenie się jego we krwi może sprowadzić bardzo ciężkie przypady. Dawka pierwotna ma tu mniejsze znaczenie, bo każdodziennie się powtarzający niestosunek między wydzielaniem a ilością wprowadzoną wpływa nieodzownie na nagromadzenie, które jest tylko kwestyją czasu; objawy zatrucia mogą wybuchnąć niespodziewanie, gdy ani lekarz, ani chory nie domyśla się codziennego użycia kw. salicylowego w pokarmach i napojach.

Istnieje jeszcze cały szereg dotkniętych zaburzeniami żołądkowemi. Członkowie komisyi cytowali przypadki, że wielu z takich chorych nie jest w stanie znieść nawet małych dawek tego środka. Bertholet przypuszcza, że kw. salicylowy wprowadzony do żołądka wstrzymuje może fermentacyję żołądkową i kiszkową, tak samo, jak opaźnia robienie piwa lub wina, które przez jego dodatek przechować chcemy. Wielu cierpiących na zaburzenia żołądkowe doznaje ulgi, inni uleczenia w skutek użycia leczniczego fermentów trawiennych, pepsyny, pankreatyny, peptonów; łatwo pojąć, że przeciwnie — użycie pokarmów z dodatkiem istot fermentacyjnych czyni w tych razach trawienie trudniejszém.

Najnowsze prace okazują, że kwas salicylowy, który odnajdujemy w pierwszym moczu noworodków, może wywołać poronienie, krwotoki u ciężarnych, źle znoszą go używający wyskoku, osoby dotknięte cierpieniami mózgowemi i t. d. Fakty te są dopiero od lat kilku znane, łatwo przeto zrozumieć, że niektórzy lekarze widząc, że chorzy dobrze znoszą po kilka gramów tego środka dziennie, sądzili niegdyś, że kw. salicylowy może być użyty do przechowywania pokarmów; wspomniane spostrzeżenia usprawiedliwiają z drugiéj strony podniesienie wątpliwości. Jak trzeba być ostrożnym w dopuszczaniu małych nawet dodatków, lecz codziennych, istot trujących do pokarmów, dowodzi historyja zatruć ołowiem. Wprawdzie Kolb w r. 1878, a świeżo Lehmann (*Archiv f. Hygieine* 1886 grudzień, str. 483) przytaczają doświadczenia na 2 osobach, które bezkarnie używały przez rok codziennie po 50 ctgm. do 1 grm. kw. salicylowego mocno rozcieńczonego w napojach wyskokowych. Doświadczenia na ludziach młodych i zdrowych nie upoważniają atoli do wniosków o nieszkodliwości dla osób wiekowych, ozdrowieńców dotkniętych zaburzeniami dróg moczowych lub pokarmowych, sam też Lehmann przemawia za zakazem kw. salicylowego jako dodatku do piwa. Mimo, że niektóre osoby bezkarnie wprowadzały z pokarmami dziennie kilka gramów sublimatu, któżby śmiał żądać upoważnienia dla sprzedających napoje dodawania sublimatu w celu przechowania pokarmów? lub cóżby odpowiedziano, gdyby sprzedający takiego upoważnienia żądali?

II. Czy możebną jest rzeczą wskazać jakiś największy dopuszczalny dodatek kw. salicylowego do pokarmów, którego przekroczenie wypadałoby dopiero karać? Propozycyja ta jest pociągającą, ale sprzeciwiają się jéj zasadnicze i istotne powody. W sierpniu, wrześniu i październiku 1886 poddano w Paryżu 20 próbek piwa badaniu, przyczém wykazały one znaczne ilości kw. salicylowego, gdy zaś Dr. Jungfleisch w początku listopada oznaczał w nich ilościowo kw. salicylowy sposobem kolorymetrycznym i bardzo czułym Remonda, wystąpiło słabe charakterystyczne zabarwienie. Dowiedziona już dziś okoliczność, że różne fermenty niszczą dość szybko kw. salicylowy, tłumaczy te różnice. Stopniowe to znikanie kw. salicylowego stanowi jednę z największych przeszkód oznaczenia największéj dopuszczalnéj ilości, czego się domagają przemysłowcy: po kilku tygodniach lub miesiącach trudno rozpoznać pierwotną ilość, bo szybkość znikania kwasu różni się znacznie, stosownie do ciepłoty, zasobu wyskoku, przyrody fermentów pochodnych i t. d. W miarę znikania kw. salicylowego znika téż zdolność przechowywania. Próbki badane przez Jungfleischa w chwili odkorkowania były w dość dobrym stanie, wkrótce jednak powierzchnie płynu pokryło *mycoderma vini*, późniéj *mycoderma aceti;* robienie następowe wystąpiło nader czynnie. Nic nie dowodzi, aby produkty, w których kw. salicylowy doznał takiego przeobrażenia, były nieszkodliwemi.

Brak pewnych oznaczeń średnich ilości kw. salicylowego w piwie i winie. Remond podaje 15—20 ctgm. w litrze wina, 10—40 piwa, a 10—20 cydru. Jungfleisch przypuszcza średnio 10 grm. w hektolitrze wina, 20—25 w hektolitrze piwa. Pod wpływem zakazu salicylowanie znacznego doznało zmniejszenia (na 7362 próbek wina stołowego znaleziono 33 salicylowanych w r. 1885, gdy w r. 1882 było ich 262 na 5319 podejrzanych).

Gdyby oznaczono największą dopuszczalną ilość, to znalazłaby się ona nietylko w piwie i winie, ale także w wielu innych pożywkach, które mimo rad fabrykantów kw. salicylowego nie bywają jeszcze zaprawianemi, a częściowemi temi ilościami wprowadzanemi w ciągu dnia z różnemi pokarmami łatwo przekroczonoby największą ilość dopuszczalną. Zalecano dodatek kw. salicylowego do przechowywania win stołowych, likierów, piwa, mleka, masła, ryb i skorupiaków, mięsa, soków, kompotów, konfitur, syrupów, dziczyzny i wyrobów masarskich. Już w początku tego przemysłu w r. 1880 zużyto we Francyi 50.000 klgr. kwasu salicylowego.

Wielce znaczącém jest, że większa część osób spożywających pokarmy zaprawne kw. salicylowym, nie wie o tém równie jak i o tém, że cierpi na białkomocz i że lekarz nie przypuszcza, aby chory spożywał pewną dawkę leku, który mu szkodzi. Lekarz przepisując kw. salicylowy rozważa wskazania i przeciwwskazania, kieruje użyciem, a w razie potrzeby zawiesza je, całkiem zaś odmiennie ma się rzecz przy wprowadzaniu tego środka z pokarmami.

Niektórzy sądzą, iż należy zrobić próbę co do najwyższéj dopuszczalnéj ilości, a gdy wynikną znaczne szkody, ponowić zakaz. Byłoby to jednak tajném popieraniem fałszerstwa pokarmów, a zresztą doświadczenie uczy, iż trudno następnie ograniczyć dozwolenie. Objawiono także żądanie, aby dozwolić sprzedaży pokarmów zaprawnych kw. salicylowym pod warunkiem, że na etykiecie będzie wymienione znajdowanie się kw. salicylowego i jego ilość. Prawo jednak nie zezwala zobowiązywać fabrykantów lub sprzedających do podawania składu produktów. Zmiana prawa nie miałaby skutku, bo w jakiż sposób żądający kieliszka wina lub kufla piwa wiedziećby mógł, czy na baryłce jest etykieta, czy ona prawdziwa, lub czy przypadkiem nie odpadła?

O ile rozbiór jakościowy co do kw. salicylowego jest łatwy nawet w pożywkach, o tyle oznaczenie ścisłe jest niepewne, trudne i trwa długo; wynik w dniu badania nie bę-

dzie odpowiadał wynikowi powtórnego, późniejszego badania i te to względy skłoniły Lehmana, asystenta prof. Pettenkofra, do przemawiania przeciw dodatkowi kw. salicylowego do piwa.

III. Porównanie przepisów. W Szwajcaryi w większéj części kantonów dodatek kw. salicylowego do pożywek bywa karany grzywną a przy powtórném przewinieniu ogłoszeniem nazwiska przekraczającego. W Bawaryi i w Badeńskiém surowo przestrzeganym jest zakaz dodatku kw. salicylowego do piwa. W r. 1885 na Zjeździe chemików przemysłowców w Norymberdze sprawozdawca Dr. Vogel żądał dozwolenia dodatku 5 gramów na hektoliter piwa z warunkiem, aby piwo z tym dodatkiem sprzedawano pod nazwą piwa zaprawnego salicylem, po długich rozprawach uchwalono wszystkiemi głosami (w Zjeździe brali udział piwowarzy, chemicy, lekarze i higijeniści) przeciw jednemu (sprawozdawcy): „iż nie należy dozwalać dodatku kw. salicylowego do piwa.“ Wielu też piwowarów i syndykat izb handlarzy wina i wyskoku we Francyi również oświadczyło się przeciw dozwoleniu. Dr. Vallin przedkłada w końcu Akademii lekarskiéj do uchwały dwie rezolucyje:

1. Spostrzeżenia lekarskie stwierdzają, że małe lecz codzienne dawki przez czas dłuższy kw. salicylowego lub jego przetworów mogą zrządzić znaczne zaburzenia zdrowia u osób wrażliwych na ten środek, u wiekowych, u osób wreszcie, które nie mają już nienaruszonych dróg moczowych lub czynności trawienia.

2. Skutkiem tego nie należy dozwalać dodatku kw. salicylowego i jego przetworów nawet w małych dawkach do pożywek stałych i płynnych.

Paul w rozprawach zabrał głos przeciw wnioskom: bezwzględny zakaz zdaje mu się być przesadnym. Nieznoszenie przez chorych czy zdrowych jest tylko wyjątkowém. Nie zdołano przytoczyć przypadków, któreby bezpośrednio przypisywać wypadało użyciu pokarmów zaprawnych. Gdyby te pokarmy szkodziły, publiczność dawno wyrzekłaby się ich użycia. Jeżeli zakażemy salicylowania, będzie ludność pożywać pokarmy zepsute, rozłożone, a w tym stanie będą one szkodliwszemi, niż gdy są słabo kw. salicylowym zaprawne.

Na te zarzuty odpowiedział Vallin: że jeżeli przypadki choroby w skutek użycia pokarmów zaprawnych kw. salicylowym są jeszcze rzadkie, to przyczyna tego leży w tém, iż nie robi się w tym kierunku dochodzeń i że nieraz przyrody cierpienia nie podejrzywamy. Czyż wielu jest takich lekarzy, którzyby w przypadku uporczywéj dyspepsyi pomyśleli o poszukiwaniu w moczu lub pokarmach cechującego odczynu półtorachlorku żelaza? Gdyby objawy były zawsze jednakie, cechujące, to uderzyłyby lekarza nieuprzedzonego, ale objawy niestrawności lub bóle żołądka będą raczéj innym powodom przypisywane. Dopuszczenie pewnéj największéj ilości będzie mieć ten skutek, że dla utrzymania konkurencyi wszyscy przemysłowcy dodawać będą kw. salicylowy do swych przetworów, bo ekonomiczniejszą jest rzeczą i łatwiejszą dodać do hektolitra wina 10grm. kw. salicylowego, kosztujących 20 centymów, niż starać się o drobiazgową czystość, nieustanny dozór i skrupulatny wybór materyj pierwotnych. Istnieją zresztą inne sposoby przeszkadzania robieniu napojów jak pasteuryzowanie, ogrzewanie itd.

Brouardel poparł jeszcze zdanie Vallina kładąc nacisk na niebezpieczeństwo niezupełnego wydzielania kw. salicylowego u osób, u których tętnice i nerki są chore, niebezpieczeństwo zwiększone przez to, że ani lekarz, ani chory nie podejrzywa obecności téj istoty w codziennych pokarmach. Po tych rozprawach uchwalono wnioski wyżéj podane wszystkiemi głosami przeciw trzem. Skutkiem téj uchwały niezawodnie przycichnie na pewien czas ta głośna sprawa. Rozprawy te powinnyby zwrócić uwagę praktyków na związek istniejący pomiędzy pewnemi zaburzeniami dyspeptycznemi lub innemi a codziennem wprowadzaniem pokarmów zaprawnych salicylem; wykrycie kw. salicylowego w moczu jest tak łatwe, iż praktycy nie powinni się pozbawiać tego źródła wskazówek etyjologicznych, higijenicznych i profilaktycznych. (*Rev. d'hyg. et de pol. san.*, 1887, Nr. 2).

Dr. Grabowski.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w lutym roku 1887.

Tyfus brzuszny utrzymał się prawie w równém rozszerzeniu jak w styczniu br. Sprawdzono w 58 gminach i w m. Krakowie 1788 chorych (w styczniu 1489), z tych wyzdrowiało 1165 czyli 65·2%, umarło 138 czyli 7·7% (w styczniu 8·9%), pozostało w leczeniu 485 (w styczniu 536) chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie przemyślańskim, gdzie w siedmiu gminach stwierdzono 215 chorych, z tych umarło 36 osób a zatém przeszło 16%; także w powiecie rawskim od kilku już miesięcy tyfus znacznie jest rozpowszechnionym, a w lutym stwierdzono w pięciu gminach 213 chorych, z tych umarło 13; także w powiecie sanockim w pięciu gminach było 107 chorych, lecz z małą śmiertelnością, bo tylko 3·7%; w powiecie kamioneckim, a zwłaszcza w mieście Kamionce, trwa tyfus od listopada z. r. i w têm mieście zachorowało dotychczas 351 osób, umarło zaś 23 (między tymi także i lekarz miejski Landau); dość groźnie wystąpił także tyfus w powiecie husiatyńskim, w dwu gminach stwierdzono w lutym 136 chorych, z tych umarło 13 (niemal 10%).

Tyfus plamisty stwierdzono w lutym w 43 gminach u 1230 chorych (w styczniu tylko 828 chorych w 31 gminach). Z téj liczby wyzdrowiało 793 czyli 64·5%, umarło 93 czyli 7·6%, pozostało 344 osób w 22 miejscowościach. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie samborskim, gdzie w 5 gminach 177 chorych stwierdzono, z tych umarło 16 osób; także w tarnopolskim powiecie w trzech gminach było 145 chorych, przypadków śmierci było 14, w powiecie buczackim w trzech gminach 115 chorych, 6 przypadków śmierci, w horodeńskim powiecie w 2 gminach 109 przypadków choroby, a 7 śmierci (nadto jeden lekarz delegowany do leczenia tych epidemij) także i w rawskim powiecie w 4 gminach 76 przypadków choroby, lecz tylko 2 przypadki śmierci. Najwięcéj chorych z końcem lutego pozostało w powiecie tarnopolskim (w trzech gminach 82 chorych). W mieście Krakowie leczono w lutym 14 przypadków tyfusu plamistego, z tych wyzdrowiało 7, umarł 1 mężczyzna, pozostało 6 osób; od początku epidemii zachorowało 32 osób, umarło 5. W lutym chorzy pochodzili przeważnie z okolicy (z gminy Kamień) przywiezieni jako chorzy do szpitala powszechnego.

Szkarlatyna nieco przygasa, w lutym stwierdzono w 58 gminach 1899 (w styczniu 1982, w grudniu z. r. 2104, w listopadzie 2539) chorych, z tych wyzdrowiało 1186 czyli 62·5%, umarło 241 czyli 12·7%, pozostało w leczeniu 472 osób. Największa ilość chorych była w powiecie cieszanowskim w 4 gminach 239 przypadków, daléj w powiecie trembowelskim w 4ch gminach 209 przypadków z śmiertelnością 18·6%; największa zaś śmiertelność zdarzyła się w powiecie buczackim, gdzie w 5 miejscowościach z 127 chorych 27 umarło, t. j. 21%; także w sąsiednim powiecie czortkowskim była szkarlatyna znacznie rozszerzoną, gdyż w 5 gminach stwierdzono 182 przypadków choroby z śmiertelnością = 16%.

Dyfteryję stwierdzono w lutym w 15 miejscowościach (także w mieście Krakowie) w 10 powiatach. Leczono 168 osób, z tych wyzdrowiało 113 czyli 67·3%, umarło 26 czyli 15·5%, pozostało w leczeniu 29 chorych w 4 miejscowościach.

Dysenteryja panowała w lutym w 4 miejscowościach w 3 powiatach, z 105 leczonych chorych wyzdrowiało 52 albo

49 5%, umarło 11 czyli 10·5%, pozostało w leczeniu 42 osób w 3ch gminach w powiecie łańcuckim i skałackim.

Ilość leczonych na odrę chorych była w lutym trochę wyższą niż w styczniu, lecz ilość nawiedzonych tą chorobą gmin była trochę mniejszą. Z 5574 leczonych chorych, wyzdrowiało 4663 albo 83·7%, w styczniu 76·5%, umarło 489 czyli 8·8% (w styczniu 8·0%), pozostało w leczeniu z końcem stycznia 816, z końcem lutego tylko 416 chorych. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie jaworowskim, gdzie w 13 miejscowościach stwierdzono 940 przypadków choroby, z których 109 zakończyło się śmiercią, a w jednéj gminie tego powiatu (w Wierzbianach) z 158 chorych umarło 28 czyli 17·7%. W tych 13 miejscowościach powiatu jaworowskiego zachorowało od początku epidemii 1346 osób na odrę, a z tych umarło 188 czyli 14%. Lecz z końcem lutego nie pozostał tam ani jeden przypadek odry. Także w powiecie staromiejskim była odra więcéj rozszerzoną, w 8u miejscowościach było 773 przypadków choroby a 63 przypadków śmierci.

Koklusz stwierdzono w lutym w 17 powiatach w 37 miejscowościach u 2975 osób. Z powodu wyczerpania funduszu po największéj części ograniczała się czynność lekarzy z ramienia rządu delegowanych do stwierdzenia rodzaju choroby, udzielenia pomocy chorym znalezionym przy pierwszéj wizycie lekarskiéj i do zarządzenia środków zapobiegawczych szerzeniu się epidemii. Tylko w razie znaczněj śmiertelności delegowano lekarza dla leczenia chorych.

Ospę stwierdzono w 16 powiatach a w 31 miejscowościach. Z 397 leczonych chorych (w styczniu 412) wyzdrowiało 133 czyli 33·5% szczepionych, 97 czyli 24·4% nieszczepionych, umarło 6 czyli 1·5% szczepionych i 46 czyli 11·6% nieszczepionych; pozostało z końcem lutego 44 chorych szczepionych i 71 nieszczepionych. Najwięcéj była ospa rozszerzoną w powiecie tarnopolskim, gdzie w 5 miejscowościach 71 przypadków choroby a 22 przypadków śmierci stwierdzono; największa zaś ilość chorych była w powiecie drohobyckim, gdzie w 3ch miejscowościach 83 chorych stwierdzono, z nieznaczną jednak śmiertelnością.

Lwów d. 12 marca 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 lutego do 5 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,1. Z błonicy i dławca umarło 3 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z gruźlicy 8 (7 z. t.); z zapalenia płuc 5 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach płonicy, 2 duru osutkowego (ze Swiątnik), 1 róży. W tygodniu od 20—26 lutego umarło z ospy: w Warszawie 6, w Wiedniu 3, w Budapeszcie 18, w Pradze 2, w Rzymie 8, w Wenecyi 1, w Paryżu i Petersburgu po 4. Z duru osutkowego umarło: w Amsterdamie i Edinburgu po 1; w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 7. w Hamburgu 11, w Paryżu 42, w Londynie 10, w Petersburgu 17. Z odry umarło: w Paryżu 45, w Londynie 52. Z płonicy umarło: w Wiedniu 9, w Berlinie 6, w Londynie i Petersburgu po 17. Z dławca i błonicy umarło w Warszawie 12, w Berlinie 38, w Dreźnie 8, w Hamburgu 20, w Budapeszcie 11, w Kopenhadze 8, w Paryżu 55, w Londynie 29, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło: w Paryżu 17, w Londynie 35.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; we Lwowie 41,6; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 71,3; w Kołomyi 42,4; w Przemyślu 35,3; w Stanisławowie 48,1; w Tarnopolu 29,2; w Tarnowie 53,0; w Czerniowcach 29,3; w Warszawie 26.5; w Poznaniu 34,6; w Wiedniu 30,9; w Salcburgu 27,3; w Gracu 32,9; w Tryjeście 40,6; w Insbruku 23,6; w Pradze 38,5; w Bernie 38,4; w Ołomuńcu 20,5; w Opawie 30,7; w Berlinie 21,4; we Wrocławiu 28,9; w Gdańsku 36,5; w Dreźnie 27,2; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,1; w Lipsku 20,9; w Mnichowie 24,3; w Strasburgu 26,8; w Amsterdamie 27,2; w Brukseli 28,4; w Budapeszcie 36.8; w Chrystyjanii 21,8; w Genewie 21.0; w Kopenhadze 23,7; w Londynie 20,9; w Odesie 21,7; w Paryżu 28,7; w Petersburgu 30,3; w Rzymie 30,5; w Stokholmie 18,5; w Wenecyi 34,7.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w miejsce ustępującego prof. Mikulicza, obrany został Prezesem Tow. na rok bieżący docent Dr. Przemysław Pieniążek, poczém prof. Obaliński miał wykład zapowiedziany o gorączce moczowéj. W dyskusyi zabrali głos prof. Rosner i docent Zarewicz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło odbyć uroczyste posiedzenie nadzwyczajne z powodu 25-letniego jubileuszu Przeglądu Lekarskiego d. 31 marca r. b. Posiedzenie to odbędzie się w sali Towarzystwa ogniowego o godzinie 5éj wieczór; o godzinie 8éj zaś nastąpi obiad składkowy członków Tow. w sali *Hôtel grand*. Zaproszenie na posiedzenie i porządek dzienny osobno rozesłane zostaną. Do 31 bm. Spis prac, zawartych w 25 rocznikach Przegl. Lek., wygotowany przez docenta Grabowskiego, znajdzie się w rękach członków Tow. i prenumeratorów.

* D. 10 bm. prof. Rydel przed rozpoczęciem wykładu przemówił do słuchaczów swoich przedstawiając im zasługi zmarłego prof. Arlta; uczniowie przez powstanie uczcili pamięć zasłużonego męża. Żałujemy, że dla braku miejsca nie możemy dziś pomieścić nekrologu Arlta, napisanego przez prof. Rydla; uczynimy to w Numerze przyszłym.

* Doszedł nas zeszyt 4ty pierwszego tomu „Słownika lekarskiego“, redagowanego przez proff. Hlavę i Thomayera w Pradze czeskiéj. Zeszyt ten zamyka tom I, który nietylko objętością swoją (509 stronic) i 10 tablicami, ale i pod względem typograficznym bardzo pokaźnie się prezentuje. Co najważniejsza atoli, że i co do treści tom ten ubiegać się może o lepsze z archiwami niemieckiemi. I tak w zeszycie ostatnim mieszczą się prace: Chodounskiego, Kabrhela, Thomayera, Schöbla, Janowskiego, z zakładu anatomo-patologicznego prace Hlavy, Blahy, Kilchera i Hallicha. Wszystkie te prace poważne stoją na wysokości nauki a po części nowemi samodzielnemi doświadczeniami i spostrzeżeniami przyczyniają się do postępu umiejętności. Słusznie redakcyja w przedmowie chlubi się, że przedkładając tom pierwszy nie potrzebuje obawiać się krytyki i że uczyniła zadość obowiązkowi, jaki ciąży i na czeskiéj narodowości. W rzeczy saméj młoda jeszcze szkoła lekarska czeska chlubnie wywięzuje się z zadania swego a przedewszystkiém nie potrzebuje obawiać się konkurencyi koleżanki swéj niemieckiéj, któréj bodaj czy już nie prześcignęła.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Nadzw. prof. chirurgii Dr. Schmidt mianowany został zwyczajnym profesorem honorowym a docent prywatny anatomii patolog. Dr. Huber profesorem nadzw. — **Erlanga.** Na posadę opróżnioną po prof. Zweiflu oprócz Dra Frommla z Monachijum proponowani zostali *2do loco* docent Pawlik z Wiednia a *3io* Dr. Sänger z Lipska. — **Paryż.** W miejsce zmarłego prof. Béclarda wybrany został dziekanem Wydziału lek. prof. Brouardel. — **Berlin.** Na opróżnioną katedrę położnictwa Wydział przedstawia na 1ém miejscu Olshausena z Hali, na 2ém Breiskiego z Wiednia a na 3ém Fritscha z Wrocławia. — **Charków.** Docenci Łomikowski (dyjagn. lekarskiéj), Podres (chirurgii) i Jasiński (położnictwa) mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Józef Kadyi osiadł w Jaśle a Dr. Erazm Rościszewski w Bochni. — Dr. Pochroń w Tarnowie mianowany został lekarzem dworskim w Gumniskach.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Tadeusz Kijas, rodem z Mielca.

* **Nekrologija.** D. 6 bm. umarł w Lipsku lekarz policyjny prof. Dr Reclam. wydawca czasopisma *Gesundheit*, autor wielu dzieł hygijenicznych i popularnych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 11: Wróblewskiego: Trzy przypadki wygojenia owrzodzeń gruźliczych krtani; Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Elsenberga: *Pityriasis rubra universalis*; Babińskiego: O t. z. ciałach peptogennych Schiffa; Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci.

Redakcyja otrzymała:

Dr. SZADEK: Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych (odbitka z *Gazety Lek.*), Warszawa 1886, in 8vo, str. 13.

TENŻE: Przypadek wypryskowego zapalenia skóry (Odbitka z *Gazety Lek.*) Warszawa, 1886, in 8vo, str. 5.

TENŻE: Przypadek liszaja tęczowego tułowia i kończyn (Odbitka z *Medycyny*) Warszawa, 1886, in 8vo, str. 7.

Dr. SCHADECK: Contribucion à la casuistica de la epididimitis sifilitica (Odbitka z *Revista Especial* madryckiéj) in 8vo, str. 14).

Dr. BUJWID: Eine chemische Reaction für die Cholerabacterien. (Odbicie z *Zeitschr. f. Hygiene*, 1887), in 8vo, str. 2.

M. ZWEIGBAUM: Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy (Odbitka z *Gaz. Lek.*) 1887, in 8vo, str. 12.

W. JAWORSKI: O symptomatologii i kolejnym rozwoju objawów klinicznych w przebiegu nieżytu żołądka (Odbitka z *Przeglądu Lek.*) 1887, in 8vo, str. 15

TENŻE: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Beobachtungen über d. Schwinden d. Salzsäuresecretion u. d. Verlauf d. catarrh. Magenerkrankungen (Odbitka z *Münchener Med. Woch.*) 1887, in 8vo, str. 21.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. S. w Finlandyi. Prenumeratę można przesłać w markach fińskich. Zwracamy jednak uwagę, że Przegląd Lekarski kosztuje rocznie 6 rs. i prosimy odpowiednią ilość marek fińskich przysłać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Zwierzchność gminna Jordanowa ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego w Jordanowie z roczną płacą 300 złr. aw. Termin do wniesienia należycie udokumentowanych podań do 31 marca 1887. Posada ta jest do obsadzenia od 15 kwietnia 1887. Odnośne warunki można każdego czasu w kancelaryi miejskiéj przejrzeć.

Jordanów. Burmistrz

Kalczyński.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w Otyni, (gdzie wkrótce zaprowadzonym będzie Sąd powiatowy) z roczną płacą 250 złr., lub jeżeli sam dochody do niego należące pobierać zechce, przychód będzie znacznie większy. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1 kwietnia 1887.

Zwierzchność gminna w Otyni dnia 18 lutego 1887.

Oleynik, W. gm.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 26 Marca 1887. Nr. 13.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do wiadomości o gorączce moczowéj.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński
w Krakowie.

(Wykład miany w Tow. Lek. Krak. w dniu 16 marca r. b.).

Panowie! Dwojaki miałem powód do wybrania sobie właśnie tego tematu na dzisiejszy wykład, raz ten, że już niejednokrotnie objawiano w tém szan. Zgromadzeniu życzenia, aby od czasu do czasu podawać pogląd na obecny stan pewnych, przedewszystkiém zaś niezupełnie jeszcze wyjaśnionych, zagadnień lekarskich; a właśnie rzecz o gorączce moczowéj taką mi się być wydawała; powtóre dla tego, że w ostatnich czasach udało mi się poczynić pewne spostrzeżenia, które po części służyć mogą na poparcie niektórych panujących teoryj, po części zaś przyczynić się do rozszerzenia naszych wiadomości o tym tak mało u nas znanym objawie chorobowym.

Dla czego on właśnie u nas jest mało znanym, pozwolilibym sobie wyjaśnić tą okolicznością, że my przeważnie czerpiemy nasze wiadomości z dzieł niemieckich, a w nich, jak n. p. w podręcznikach chirurgicznych, albo wcale wzmianki nie ma, albo, jak w dziełach specyjalnych, rzecz była dotąd traktowaną po macoszemu.

Francuzkiéj chirurgii należy się zaszczyt zapoznania świata lekarskiego z gorączką moczową i bliższego zbadania jéj istoty. Wytrawny chirurg paryzki Velpeau był pierwszym, który zwrócił uwagę lekarzy na szczególniejsze przypady wydarzające się po użyciu narzędzi w cewce moczowéj jeszcze w r. 1833, a w siedm lat później podejrzywał wprawdzie w wykładach swoich w Charité odbywanych mocz jako przyczynę tychże, nie odważył się jednak stanowczo tego twierdzić *„car il serait trop facile de s'égarer dans le champ des hypotheses“*. Po nim następuje okres słynnego Chassaignaca, który chciał wszystkie tego rodzaju przypadłości sprowadzić do wspólnego mianownika zapalenia żył i zakrzepu, a więc do etyjologii w owym czasie bardzo ulubionéj i która byłaby może większego doznała u lekarzy poparcia, gdyby się nie był doświadczony w tych sprawach Civiale przeciw niéj oświadczył. Po nich zajmuje się tą sprawą Perdrigeon, uczeń Velpeaua, który podając tezę, że mocz jest przyczyną owéj gorączki, zostawia jednak kwestyję otwartą, czy jest nią mocz już gotowy i następnie wessany przez żyły lub chłonice, czy też tylko pojedyncze składniki moczu, które ze krwi nie zostały należycie wydalone. W r. 1860 zabrał głos w téj kwestyi po raz wtóry Civiale i tym razem w sposób więcéj dodatni niż poprzednio, oświadczył się bowiem za tém, że jedne przypady występują po manipulacyjach w cewce i pęcherzu i że one biorą początek w cewce moczowéj *(fièvre uréthrale)* następnie, że drugie, zupełnie z temi manipulacyjami nie stojąc w związku, mają podstawę w zapaleniu nerek, które znów jest następstwem stagnacyi moczu w pęcherzu. Tak więc Civiale odkrył pierwszy i opisał formę gorączki moczowéj chroniczną, dotąd wcale nieznaną.

Odtąd poczęła się walka pomiędzy dwoma obozami, z których jeden opierał się przeważnie na postrzeżeniach klinicznych i twierdził, że gorączka moczowa powstaje tylko przez wessanie gotowego już moczu w cewce lub w pęcherzu; drugi zaś odnosił wszystko do zmian w nerkach, t. j. przypuszczał brak dokładnego oczyszczenia krwi ze składników szkodliwych, a przedewszystkiém mocznika, bądź na podstawie dawnych zmian organicznych w nerkach, bądź też, że one uległy zmianom przemijającym pod wpływem odczynu *(reflèxe)*. Ci ostatni zaliczali do swego grona obrońców, jak Philips, Marx, Dolbeau i Malherbe, a opierali się po części na wynikach patologiczno-anatomicznych, a po części na doświadczeniach podówczas przez słynnego Kl. Bernarda dokonanych, które wykazały z jednéj strony, że jelita mogą objąć zastępstwo za niedostatecznie lub zupełnie nieczynne nerki, wydzielając ze krwi mocznik w postaci soli amonijakalnych, przyczém zwierzę jeszcze jakiś czas przy

życiu pozostaje, z drugiéj zaś strony udowodniły, że w razie przecięcia głównych pni nerwowych zaopatrujących nerki, ostatnie ulegają pewnemu rodzajowi rozkładu, który szybką śmierć zwierzęcia sprowadza.

I pierwszy obóz szczyci się niepoślednimi zwolennikami jak Gosselin, Maisonneuve, Sédillot i Reliquet, którzy opierali swe wnioski po części na faktach klinicznych, jak występowanie lub niewystępowanie przypadów w miarę tego, czy mocz dostawał się do ranki cewkowéj, lub czy ją omijał odpływając cewnikiem stale umocowanym; daléj brak przypadów, pomimo energicznych manipulacyj w cewce, jeżeli mocz odpływał przetoką i nie stykał się z miejscem obrażoném i t. p., a po części na doświadczeniach dokonywanych na zwierzętach, u których zawsze wywoływano cechujące gorączkę moczową przypady, jeżeli tylko wprost do żyły wstrzyknięto znaczniejszą ilość moczu.

Nie mogę przemilczeć jeszcze jednéj (czwartéj) teoryi, która w połowie bieżącego stulecia przez Reybarda i Bonneta podana niedługiém przynajmniéj we Francyi cieszyła się powodzeniem. Jestto teoryja tak zwana nerwowa, która w podobny sposób jak Anglicy swój shock starała się wyjaśnić przypady gorączki moczowéj znacznym upadkiem sił i omdleniem nerwowém, wywołaném przez podrażnienie nerwu spółczulnego skutkiem działania narzędzi w cewce moczowéj.

W Niemczech mało snać znano te przypady, bo i mało o nich pisano; z poważniejszych rozpraw w téj materyi nadmienić należy pracę Rosera (1867), w któréj tenże gorączkę cewkową oznacza jako wynikłą w skutek odczynu zwrotnego, właściwego zwężonéj cewce moczowéj, a odbijającego się na systemie nerwowym w ogóle a naczynioruchowym w szczególności. Dittel w swéj książce o zwężeniach cewki moczowéj rozróżnia słusznie trzy rodzaje gorączki moczowéj, lecz poświęca rozbiorowi ich bardzo mało miejsca i bez wszelkiéj krytyki przyjmuje dowolny i niczém nieusprawiedliwiony podział na odczyn nerwowy, przyranny i chorobowy (morbid). Uczeń jego Englisch skłania się więcéj do teoryi nerkowéj, gdyż w całym długim szeregu artykułów z r. 1873—74 w *Wien. Med. Presse* umieszczonych bardzo jednostronnie odnosi gorączkowe przypady po dilatacyi zwężeń cewki do zadrażnienia nerek.

Tak miała się rzecz mniéj lub więcéj, gdy w r. 1880 wystąpił Guyon, profesor paryzkiéj szkoły lekarskiéj, ze swojém znakomitém dziełem o chorobach dróg moczowych, w którém bardzo szczegółowo zastanawia się nad gorączką moczową, poddaje sumiennéj krytyce dotychczasowe teoryje i zapatrywania, a w końcu wypowiada swoje zdania, oparte na długoletniém doświadczeniu i sumienném postrzeganiu. Przekonania jego dałyby się mniéj lub więcéj w następujący sposób streścić.

U cierpiących na choroby dróg moczowych postrzegamy trojakie przypady gorączki moczowéj: a) odosobniony napad ostry, występujący w kilka godzin po jakiéjkolwiek manipulacyi w cewce moczowéj, w postaci silnego i długiego dreszczu, po którym następuje okres potów i osłabienia. Powikłania ze strony płuc i mózgu należą do wyjątków, a rokowanie prawie zawsze pomyślne; b) napady ostre przedłużone czyli powrotne niecechujące się już takim typowym przebiegiem jak poprzedni, lecz występujące w nieregularnych odstępach czasu, które wypełnia stan podgorączkowy. Powikłania ciężkie i liczne, wynik często niekorzystny, a i w razach lżejszych powrót do zdrowia trudny; c) formę chroniczną objawiającą się bladością powłok zewnętrznych, wejrzeniem kachektyczném a przedewszystkiém złém trawieniem przy cieplocie prawidłowéj lub tylko nieznacznie podwyższonéj.

Daléj wykazuje autor, że z pomiędzy powyższych czterech teoryj tylko dwie zasługują na uwagę, mianowicie teoryja wnikania gotowego moczu do żył lub chłonic przez ranki lub nadżerki w błonie śluzowéj i druga niedokładnego wydzielania składników moczu ze krwi, obydwie świetnie bronione przez swych zwolenników; że jednak każda z nich sama dla siebie nie wystarcza do wyjaśnienia faktów. Według niego powstaje napad ostry przez dostanie się gotowego moczu do krążenia, z którego go organizm z łatwością drogą nerek i gruczołów potnych wydala i dla tego chorzy tacy szybko powracają do stanu prawidłowego, jeżeli tylko stan nerek jest dobrym. Forma chroniczna jest wypadkiem ciągłego a powolnego działania części składowych moczu, które nie mogąc być wydzielonemi ze krwi, powoli w niéj się gromadzą i owych powyżéj wymienionych przypadów stają się przyczyną. Pośrednio między jedną a drugą formą leżą napady ostre powrotne, które podobnie jak napad ostry odosobniony biorąc początek w dostaniu się moczu gotowego do krwi, znajdują w stanie patologicznym nerek przyczynę słabszą lub silniejszą do podtrzymywania się nasilenia a częstokroć nawet do sprowadzenia zejścia śmiertelnego. Dla tego téż proponuje Guyon nową nazwę, mianowicie zakażenie lub zatrucie moczowe w zamian za gorączkę moczową, która, jakkolwiek już w literaturze utarta, niezupełnie odpowiada dzisiejszym pojęciom. Przypadki nagłéj śmierci (*cas foudroyants*) po manipulacyjach chirurgicznych w cewce lub pęcherzu uważa on za rzadkość, a i tu najczęściéj daje się wykazać przyczyna w postaci rozległych obrażeń tych części. Wyjaśnia on to na przypadku przez siebie postrzeganym, w którym po nieudanych próbach przejścia przez miejsce zwężone przyszło podczas parcia moczu do pęknięcia cewki tuż przed zwężeniem, tak że chory oddawał mocz prawie wprost do żyły; gdyby nie sekcyja, uważanoby tutaj śmierć jako następstwo odczynu nerwowego lub coś podobnego. Do wytłumaczenia takich nagłych przypadków potrzeba jednak zawsze patologicznego stanu nerek, w obec których i sam odczyn nerwowy przez łagodnie wprowadzone narzędzie może się stać groźniejszym niż ciężkie obrażenia cewki bez zmian w nerkach. Stwierdzają to i doświadczenia na zwierzętach dokonane przez Feltza i Rittera, którzy wykazali, że przy zdrowych nerkach potrzebną jest ilość moczu z trzech dni, aby przez wprowadzenie jéj do naczyń krwionośnych zwierzę zaraz zabić, że zaś daleko mniejsza do tego wystarcza ilość, jeżeli wykluczymy lub upośledzimy działanie nerek. Proste zetknięcie się moczu z raną nie sprowadza żadnych przypadów zatrucia moczowego, do tego potrzeba koniecznie wparcia moczu w ranę i tak powstaje napad ostry zazwyczaj po uretrotomii wewnętrznéj (10 razy na 14, jeżeli chory odrazu potém oddaje mocz cewką, a 65 na 300, jeżeli założyliśmy cewnik komorném i to najczęściéj po tegoż wyjęciu); daléj po litotrypsyi osobliwie wtenczas, jeżeli odłamek kamienia raniąc cewkę zatrzymuje się w niéj, po rozszerzaniu zwężeń świeczkami i t. p. czynnościach.

Z chorób, które mają podobny przebieg do gorączki moczowéj, wymienia Guyon następujące: a) *nephritis interstitialis acuta*, która przebiegając bardzo podobnie jak napad ostry gor. moczowéj, tém się tylko od niego różni, że trwa

nieco dłużéj bo kilka dni i że najczęściéj kończy się źle; b) *nephritis interstitialis chronica (sclerosis renum)*, prawie we wszystkiém zgadza się z przebiegiem gor. moczowéj chronicznéj z tym tylko wyjątkiem, że w téj ostatniéj nie wydarzają się nigdy krwotoki osobliwie z nosa i że śmierć nie następuje w niéj wśród przypadów uremicznych; c) napad zimniczy sam dla siebie niczém się nie różni od napadu ostrego, tylko że ten ostatni stoi odosobniony, gdy tamte mają tor regularny. Przypadkowe powtarzanie się napadu ostrego gorączki moczowéj, lub wyjątkowy nieregularny tor zimnicy mogą rzeczywiście dać w pewnych razach powód do pomięszania tych chorób; d) ropnica również ma podobny przebieg, osobliwie jak ów typ napadu powrotnego, a celem ułatwienia rozpoznania zwraca Guyon uwagę na komplikacyje w postaci ropni przerzutowych, zropienia stawów i t. p., które bardzo prędko występują w ropnicy, a nader tylko rzadko w gorączce moczowéj.

Gdy przed kilku laty zacząłem się z większą usilnością i zamiłowaniem oddawać leczeniu chorób dróg moczowych, a gdy nadto miałem sobie zwróconą uwagę na gorączkę moczową przez dopieroco omówione dzieło, począłem i ja baczniéj na nią patrzeć, a zestawiwszy w kilku latach dosyć poważny szereg tych przypadków pozwalam sobie przytoczyć tu pewne uderzające w nich szczegóły, które z jednéj strony posłużyć mogą do potwierdzenia teoryj Guyona, z drugiéj zaś przyczynić się do rozszerzenia wiadomości naszych o téj tak ważnéj chorobie.

Przedewszystkiém zaznaczam: 1. Że prawie wszystkie przypadki gorączki moczowéj postrzegałem u chorych dotkniętych zwężeniem cewki moczowéj (9 razy na 10); raz tylko po litolapaksyi, gdzie także okruchy kamienia dawały powód do ranienia i równoczesnego ścieśnienia światła cewki moczowéj.

2. Że odczyn nie pochodzi od stopnia obrażenia, lecz od innych warunków, dowodzi najlepiéj następujący przezemnie postrzegany przypadek: Maksymilijan R., lat 30 liczący, nauczyciel prywatny, przebył trypra przed kilku laty, a od roku zauważał coraz to trudniejsze oddawanie moczu. Dnia 6go kwietnia 1884 roku stwierdziłem ślednikiem paleczkowatym zwężenie cewki w części opuszkowéj i próbowałem przejść przez miejsce zwężone świeczką, lecz bez skutku, przyczém doznał chory lekkiego bólu i pokazało się parę kropelek krwi. W kilka godzin późniéj wybitny dreszcz, ciepłota ciała do 40°C. podniesiona z następnym okresem potów; na drugi dzień zupełny powrót do zdrowia. W dwa dni późniéj, pomimo przejścia cienkiéj świeczki, te same przypady, dla tego odstąpiłem od zamierzonego powolnego rozszerzania i dokonałem go w sposób nagły za pomocą narzędzia Stearnsa, poczém zostawiłem cewnik ile możności gruby (10 ang.) komorném w pęcherzu. Pomimo tak gwałtownego postępowania nie było tym razem żadnego odczynu.

3. Że tym czynnikiem bywa wparty w ranki mocz, za tém przemawia nietylko powyżéj opisany przypadek, lecz jeszcze i ta okoliczność, że w niektórych przypadkach udało mi się wykazać na międzykroczu zaraz po napadzie lekkie stwardnienie, które czasem nawet przechodziło w ropienie.

4. Popiera to także i ta okoliczność, że dreszcz i w ogóle cały napad bywa tym silniejszym, im większą bywa równoczesna przeszkoda w oddawaniu moczu. Przy téj sposobności muszę wspomnieć o własném doświadczeniu nad zachowaniem się cewnika stale w pęcherzu umieszczonego. Przeważna liczba chirurgów francuzkich, a z nimi i Guyon podają, że cewnik stale w pęcherzu umieszczony chroni od napadu gorączki i fakt ten przytaczają jako dowód popierający teoryję wessania gotowego moczu; ja zaś faktu tego w zupełności potwierdzić nie mogę, na 15 bowiem przezemnie wykonanych uretrotomij wewnętrznych sposobem Maisonneuvea dwa razy postrzegałem napad ostry gorączki moczowéj zaraz w pierwszym dniu pomimo obecności cewnika w pęcherzu. Okoliczność ta mimo to nie może być wyzyskaną jako dowód przeciw téj teoryi, albowiem w obydwu tych przypadkach odpływał mocz cewnikiem i równocześnie obok cewnika. Ważną jest także rzeczą, że napady te odznaczały się bardzo słabém nasileniem, odpowiadającém i słabemu wparciu moczu. Nie mogę przy téj sposobności przemilczeć jednéj uwagi, a mianowicie, że Guyon radzi po uretrotomii wewnętrznéj używać do stałego umieszczenia cewnika średniéj grubości (16 franc.) wychodząc z téj zasady, że mocz obok przepływający nie będzie wpieranym, tylko odpłynie obok ranki, podczas gdy gruby cewnik stawiać będzie zaporę i ułatwi wpieranie moczu. Moje doświadczenie przemawia za przeciwném postępowaniem i właśnie grubszy cewnik wypełni cewkę w miejscu rozciętej blizny i uniemożebni raczéj dostanie się moczu do ranki.

5. Do rzędu najciekawszych spostrzeżeń moich w téj kwestyi należy bezsprzecznie, że gorączka moczowa powstać może dobrowolnie jako napad osry odosobniony i że napady takie poprzedzają wytworzenie się nacieczenia moczowego; jestto jeden z filarów popierających teoryję o wessaniu gotowego moczu, o którym nawet tak w tych rzeczach doświadczony Guyon wspomina, że mógłby mu służyć za dowód, gdyby się nadarzyła sposobność obserwowania pierwszych początków nacieczenia; chorzy bowiem z tym stanem chorobowym przybywają do szpitali już w pełnym rozwoju, tak że odróżnienie przypadów gorączki moczowéj jest niemożliwém z powodu brania ich za przypady septyczne. Przypadek mój dotyczył mężczyzny lat około 60 liczącego, który przebył trypra przed laty 30, a trudniejsze oddawanie moczu zauważał od lat kilku, nigdy jednak nie zasięgał z tego powodu rady lekarskiéj, gdyż przypady te nie dokuczały mu tak dalece, natomiast udawał się do swego lekarza po radę celem usunięcia ciężkiéj zimnicy, która od kilku miesięcy początkowo w rzadszym, późniéj zaś w częstszym torze niezmiernie mu dokuczała. Lekarz stwierdziwszy sam przebieg takiego napadu, nie wątpił, że ma do czynienia z zimnicą i stósował silne dawki chininu, lecz bezskutecznie. Gdy jednak napady te stawały się coraz częstszemi, począł się równocześnie wytwarzać guzek bolesny na międzykroczu, a kiedy mojéj zawezwano rady, nasięk moczowy był już bardzo wybitny, atoli przez szybko wykonaną uretrotomiję zewnętrzną dał się w dalszym swym pochodzie na czas powstrzymać. Obecnie chory ten jest na ozdrowieniu, a o napadach zimniczych nie ma mowy, ustąpiły one stanowczo przed ostrzem noża i stale umieszczonym cewnikiem, chociaż tak długo stawiały opór chininowi. W dwóch innych przypadkach nie przyszło do nasięku moczowego, gdyż na czas przedsięwzięte leczenie mechaniczne zwężenia cewki moczowéj usunęło stanowczo napady wrzekomo zimnicze.

6. Niemniéj dowodzącém i pouczającém było następujące spostrzeżenie. U 54-letniego mężczyzny wykonałem litolapaksyję w dniu 17 stycznia br., przyczém usunąłem mu za pomocą ewakuatora okruchy z dwu kamieni moczanowych, ważących razem

16grm. Z powodu znacznego i bolesnego parcia na mocz umieszczono zaraz na drugi dzień po operacyi cewnik angielski stale w pęcherzu i usunięto go dopiero po 48 godzinach, gdy wszystkie nieprzyjemne uczucia w pęcherzu ustąpiły. Odtąd oddawał chory mocz dobrowolnie 7—8 razy na dobę bez bólów lecz zawsze barwy krwawéj i tu i owdzie zawierający jaki mniejszy lub większy okruch z kamienia. Piątego dnia podniosła się ciepłota ciała utrzymująca się dotąd w granicach prawidłowości do 38·6° a szóstego dnia wystąpił silny dreszcz z ciepłotą 39·6° i rozlewnemi potami. Siódmego dnia apyreksyja, ósmego znów dreszcz wkrótce po oddaniu moczu, w którym znaleziono kamyczek o ostrych brzegach. Gdy wreszcie dziesiątego dnia po raz trzeci taki sam przebieg się powtórzył i gdy równocześnie okazał się na międzykroczu bolesny obrzęk, który nam pozwolił wykluczyć napady zimnicze, za któremi typowość przebiegu przemawiać się zdawała, pozostała nam do rozstrzygnięcia kwestyja, czy w obecnym przypadku mamy do czynienia z napadami ostremi gorączki moczowéj wywoływanemi przejściem ostrych odłamków kamienia, czy téż z napadami ropnicy nie tak zbyt rzadko po litolapaksyi się wydarzającéj. Chcąc rozstrzygać według doświadczenia Guyona, musiałbym czekać, czy się nie wyrobią ropnie przerzutowe, któreby w takim razie za ropnicą przemawiały; gdy mi atoli tak ze względu na chorego i jego najbliższe otoczenie, jakoteż i ze względu na samego siebie, bardzo na tém zależało, żeby zaraz mieć pewność rokowania, postanowiłem zaprowadzić do pęcherza cewnik i pozostawić go tamże stale przez jakiś czas, wychodząc z tego zapatrywania, że jeżeli dreszcze te wywoływane były przejściem lub wklinowaniem się kamyczka, to po założeniu cewnika na stałe muszą one ustąpić; w przeciwnym razie świadczyłyby o rozwijającéj się ropnicy. Po uskutecznieniu czego czuł się chory jakby odrodzonym, dreszcze się więcéj nie powtórzyły, ciepłota ciała pozostawała w granicach prawidłowych tak, że po kilku dniach można było cewnik usunąć. Po miesiącu opuścił chory zakład z nieznacznym tylko nieżytem pęcherza.

Jeżeli więc niniejszy przypadek dostarcza jeszcze jednego dowodu, że mocz wnikający w ranki wywołuje napady gorączki moczowéj czyli, jak inni nazywają, cewkowéj, to z drugiéj strony poucza on, jak możemy w niektórych razach odróżnić taką gorączkę od ropnicy lub zimnicy i jak najskuteczniéj ją usunąć.

II. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał

Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

(Dokończenie. Patrz Nr. 12)

Jakim zabiegiem operacyjnym cel osiągnąć, czy laparotomiją, czy enterotomiją, zależeć będzie od decyzyi operatora, który pewność swéj techniki antiseptycznéj w ścisłą w obec tego postanowienia powinien brać rachubę. W każdym razie lepiéj zrobi, jeżeli zastawszy chorego już w stanie głębokiego zapadu, od laparotomii zupełnie odstąpi w słusznéni przypuszczeniu, że chory ten przydłuższéj w każdym razie operacyi już nie wytrzyma. Mniéj zaś wprawnemu operatorowi nie zawadzi pamiętać, że jakkolwiek ostatniemi laty w odszukiwaniu mechanicznéj przeszkody wśród operacyi wielkie zrobiono postępy (Obaliński), to jednak te przedewszystkiém przypadki kwalifikują się do laparotomii, w których umiejscowiony ból lub wyczuwalny obrzęk w brzuchu operatorowi przy odszukiwaniu zacisku za przewodnika posłużyć może. Wtedy operacyja ma widoki powodzenia: wyrównać wgłobienie, usunąć skręt kiszek, rozciąć lub rozerwać taśmę otrzewnową lub inną podobną usunąć przeszkodę jest wśród takich okoliczności rzeczą mniéj lub więcéj łatwą. Laparotomija poza temi wskazaniami podjęta może się łatwo nie udać o tyle, że operator nie znalazłszy mechanicznéj przeszkody, co i anatomowi na stole sekcyjnym nie zawsze łatwo przychodzi, będzie musiał jamę brzuszną zaszyć, albo téż szukać jeszcze ocalenia chorego w enterotomii.

Przeciwko laparotomii w niedrożności jelit przemawia wysoka jeszcze podziśdzień z téj operacyi śmiertelność (Treves, Schramm), ale statystyka Schramma wykazuje, że antiseptyka i tu oddziałała korzystnie: po roku 1873 śmiertelność spadła z 73% na 58%, co w obec zwykłego nieomal prawidła, że podziśdzień operatorowi powierza się chorego dopiero *in extremis*, na korzyść operacyi przemawia. Schramm przedstawił graficznie niebezpieczeństwo wynikające ze zwlekania operacyi, a patologija niedrożności jelit dawno już wykazała, że powodzenie laparotomii tak jak herniotomii zależy od stanu, w jakim się jeszcze jelito w czasie operacyi znajduje; jest tedy nadzieja, że gdy prawdy te przenikną z czasem szersze koła lekarskie, laparotomija w niedrożności jelit przestanie być, jak dotąd, postrachem lekarzy i chorych. Spotykamy się także z innym jeszcze przeciw laparotomii zarzutem, mianowicie, że objawy niedrożności jelit wystąpić mogą niekoniecznie z powodu przeszkody mechanicznéj, lecz bywają wyrazem porażenia kiszek przy zapaleniu otrzewny. Słuszność tego zarzutu jest tylko pozorna, bo przypadki takie są rzadkie (Duplay) a zresztą zapalenie otrzewny nie stanowi przeciwwskazania do laparotomii ani wtedy, gdy otrzewna uległa zapaleniu obok niedrożności jelit, ani wtedy, gdy jest wyrazem przedziurawienia jelita. W dzisiejszym stanie chirurgii jamy brzusznéj operacyjne leczenie ostrego rozlanego ropiastego czy septycznego zapalenia otrzewny jest koniecznością, wynikającą niejako z ducha czasu. A chociaż dotychczas wyniki nie są zachęcające, nie idzie zatém, aby chirurgiczne leczenie téj choroby nie miało być uprawnioném. Oczywiście, że gwałtowne formy zapalenia otrzewny septycznego, sprowadzające śmierć często w przeciągu kilku godzin, lub przebiegające wśród nagłego zapadu, wykluczyć należy od zabiegu chirurgicznego. Ale i w przypadkach mniéj gwałtownych napotykamy na wielkie trudności w osiągnięciu zamierzonego przez operacyję celu, a przeszkody te leżą w naturze otrzewny i stosunkach anatomicznych jamy brzusznéj, nie pozwalających nam na energiczne stosowanie antiseptyki w całéj pełni, polegającéj na laparotomii, desinfekcyi i drenowaniu jamy. Mimo to znane już są pomyślne w tym kierunku wyniki (Treves, Lawson Tait, Obaliński i inni).

Niektórzy są zdania, że ze względu na niekorzystne wytwarzanie się z czasem zlepów międzyjelitowych należy operować wcześnie, tymczasem Krönlein operował dziewiątego dnia choroby z pomyślnym skutkiem. Chłopiec 19letni, najadłszy się wiśni z pestkami dostał gwałtownych wymiotów i boleści, poczém lekarz odesłał chorego wprost do kliniki chirurgicznéj. Krönlein znalazł w jamie brzusznéj wielką ilość ropy, chory wyzdrowiał.

Chroniczny umiejscowiony ropień jamy brzusznéj operowałem ostatniemi czasy z dobrym skutkiem. Chłopiec 13 lat liczący, w lecie r. b. przyjęty na mój oddział w szpitalu Sióstr Miłosierdzia z ropniem powłok brzusznych, operowanym już raz w domu przez miejscowego lekarza. Tym razem ropień wielkości kurzego jaja, nad powierzchnię słabo wystający, zajmował prawą boczną okolicę brzucha. Rozcięty szeroko w dwóch kierunkach, wyskrobany i zeszyty zagoił się w części przez rychlozrost, w części przez ropienie. Przyczyną choroby miało być upadnięcie na brzuch. Dnia 28go listopada b. r. odstawiono znów tegoż chorego do szpitala w stanie groźnym. Chłopiec skarży się na gwałtowne boleści w brzuchu, siedzi skurczony, leżeć dla bólu wcale nie może. Ciepłota ranna 38°, wieczorna 38·6°—39°C. Brak łaknienia, stolec nieregularny, skłonność do rozwolnienia od kilku lat trwająca. Dawniejsze pole operacyjne przedstawia dziś bliznę cienką, delikatną, przy dotknięciu bolesną, a w jéj sąsiedztwie w prawéj bocznéj okolicy brzucha, poniżéj pępka, daje się wymacać obrzmienie twarde nieco ruchome, przesuwające się pod wpływem ruchów oddechowych i bolesne. Wypuk reszty brzucha prawidłowy. Brzuch cały przy dotknięciu bolesny, powłoki lekko napięte. Wśród laparotomii okazało się, że guz ów w sąsiedztwie staréj blizny był zwojem gruczołów kreskowych, w części rozpadłych, w części zapalnie nacieklych i powiększonych. Sąsiednie zwoje kiszek cienkich różowo nastrzykane. Przy wydobyciu na wierzch owego obrzmienia nagle pokazała się w ranie ropa, a przy nacisku na boki brzucha poniżéj pępka przybywało jéj coraz więcéj. Ruszywszy zwoje kiszek cienkich, zlekka ze sobą pozlepiane, odsłoniłem ropień pomiędzy niemi usadowiony, a podstawę mający w okolicy słupa pacierzowego. Zawierał ropy około trzech łyżek stołowych. Wypłukanie jamy ciepłym roztworem sublimatu 1:5000, wyczyszczenie jéj tamponami z gazy sublimatowéj, szew powłok brzusznych. W przebiegu pooperacyjnym nastąpiła komplikacyja, o któréj późniéj, dziś zaś nadmieniam, że chory nasz ma wszelkie widoki zupełnego wyzdrowienia i służyć może za jeden z wielu przykładów skutecznéj operacyjnéj pomocy w długotrwałych ropniach jamy brzusznéj.

Za laparotomiją w *peritonitis perforativa* przemawiał już Marion Sims w r. 1881, ale pierwsze w tym kierunku doświadczenia datują się dopiero od kilku lat. Szybką jedynie decyzyję i w ślad za nią wykonaną laparotomiją, wyczyszczeniem jamy brzusznéj i zeszyciem otworu w jelicie uratował Mikulicz chorego, którego operował właściwie z powodu niedrożności jelit, a przy operacyi dopiero przekonał się, że miał do czynienia z zapaleniem otrzewny z powodu przedarcia jelita przez wrzód, prawdopodobnie tyfusowy. W zeszłym roku laparotomował Oberst (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885, str. 20) z powodu przepukliny, w któréj worku nie znaleziono jelita lecz treść kałową, a śród przeszukiwania kiszek wykryto otwór w jelicie. *Anus praeternaturalis*, śmierć z wyniszczenia.

Jednę z najświetniejszych zdobyczy lat ostatnich na polu endochirurgii stanowi niezaprzeczenie chirurgija żołądka. Rak tego narządu stał się chorobą chirurgiczną bez względu na swoje umiejscowienie, a chociaż dziś jeszcze resekcyja żołądka spoczywa w ręku kilku ledwie specyjalistów, przyszłość jéj zależeć będzie od uproszczenia techniki i wczesnéj decyzyi chorego. Trzeba mieć nadzieję, że genijalne pomysły takich mistrzów w resekcyi żołądka jak Billroth, Péan, Rydygier, Wölfler, Czerny nie pójdą na marne, a chirurgija żołądka trwale w naszym skarbcu leczniczym zdobędzie sobie miejsce. Podziśdzień rezultaty téj operacyi nie są zbyt świetne: więcéj niż połowa operowanych na raka żołądkowego chorych zmarła tuż po operacyi lub wkrótce po niéj, a tylko małéj liczbie chorych przedłużono życie znacznie poza zwykły kres śmiertelności z téj choroby. I tak w przypadku Wölflera recydywa po 5 latach nie nastąpiła, Socinowi umarła chora w $2^1/_2$ lat po operacyi, Rydygierowi po $2^1/_4$ latach (szewcowa Nowakowska operowana d. 28 lipca 1884, umarła d. 31 października 1886 w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu). Rydygier (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, T. XXI, str. 549) słusznie przewidywał recydywę z powodu znacznéj wielkości raka, lecz zarazem dobrze rokował co do trwałości skutków operacyi, nie znalazłszy nigdzie w okolicy żołądka nacieków rakowych. Po dwóch przeszło latach preparat anatomiczny przedstawiał zwężenie w miejscu operowaném, graniczące prawie z niedrożnością. Rydygier osiągnąwszy tak świetne w resekcyi żołądka rezultaty, rozszerzył wskazanie do téj operacyi i wykonywa ją nietylko w raku żołądkowym ale i w krwotokach pochodzących z wrzodu okrągłego, tudzież w przebiciu ku jamie brzusznéj.

Nie mając wcale zamiaru przedstawić Wam, sz. koledzy, wyczerpujący obraz zabiegów chirurgicznych w jamie brzusznéj, pominąć jednak nie mogę cierpienia, które u nas dosyć częste a środkami wewnętrznemi nieuleczne, ostatniemi laty na drodze operacyjnéj w znacznéj liczbie przypadków dało się wyleczyć. Są to pewne choroby odnoszące się do pęcherza żółciowego. Mamy tu do czynienia albo z trwałém zajęciem przewodu żółciowego i zatrzymaniem żółci, albo téjże zamknięciem przewodu pęcherzowego z następowém nagromadzeniem wypociny surowiczéj lub ropiastéj w worku żółciowym. Wiadomo, że przy długotrwałém zatrzymaniu żółci chorzy prędzéj lub późniéj giną z zatrucia krwi żółcią. Ponieważ katastrofa zwykle powoli się zbliża, pozostanie lekarzowi dosyć czasu do wypróbowania środków wewnętrznych, lecz z drugiéj strony wymagać od niego możemy, aby nie zwlekał z jedyną jeszcze możliwą pomocą, jaką choremu dać może operacyja, co nastąpić powinno, nim siły chorego do ostateczności zostały wyczerpane. Laparotomija w celu rozpoznawczym wykaże przyczynę zamknięcia przewodu, w najgorszym razie przyczyną tą będzie rak narządów sąsiednich, a w takim razie operator wszelkich dalszych zabiegów zaniecha. W każdym jednak razie wskazane jest przecięcie worka żółciowego, którato operacyja ułatwiwszy odpływ żółci na zewnątrz, nie stanowi jeszcze gruntownego leczenia cierpienia, do czego potrzeba nowe dla żółci utworzyć drogi odpływu (Winiwarter).

Daleko korzystniéj przedstawiają się rezultaty zabiegów chirugicznych w przypadkach niedrożności przewodu pęcherzo-wątrobowego, któréj skutkiem bywa torbielowata rozstrzeń worka żółciowego płynem wodnistym lub zapalenie tegoż zbiornika ropiaste. Zwyczajna puchlina worka żółciowego daje wskazanie do operacyi wtedy, gdy guz wielkością swoją i ciężarem przeszkadza oddychaniu, lub gdy grozi pęknięciem i wywołaniem ogólnego zapalenia otrzewny.

Daleko większe dla chorego niebezpieczeństwo wynika z otoku, albowiem ściany pęcherza żółciowego już wcześnie podlegają zwyrodnieniu i przebicie każdéj chwili grozi katastrofą. Wprawdzie w szczęśliwych przypadkach następują zlepy z jelitami lub ze ścianą brzuszną, a otok obiera sobie korzystny na zewnątrz kierunek, często jednak zdarza się, że nim to nastąpi, chorzy ulegają gorączce i wycieńczeniu.

Dla tego z operacyją w tych przypadkach ociągać się nie należy. Zwykłą przyczyną puchliny i otoku bywają kamienie żółciowe. Laparotomije z tego powodu wykonane miały przebieg przeważnie pomyślny. Ostatniemi czasy Krönlein (Köhl: *Cholecystotomie bei Hydrops der Gallenblase. Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte*, 1886, Nr. 8) ogłosił jedynaście przypadków operacyjnego leczenia téj choroby. Trzech chorych cierpiało na puchlinę, jeden na otok pęcherza żółciowego, sześciu na przewlekłą kamycę żółciową. Krönlein pod względem operacyjnym reprezentuje kierunek ultraradykalny; kiedy bowiem inni najczęściéj zadowalają się nacięciem worka żółciowego, chirurg zurychski, idąc za przykładem Langenbucha, wycina tenże zbiornik doszczętnie i jak dotychczas z nader pomyślnym wynikiem, na 11 bowiem operacyj dwie tylko skończyły się śmiercią.

Na têm kończę mój pogląd. Powtarzam, że nie miałem zamiaru przedstawić wyczerpującego obrazu endochirurgii, mojém zadaniem było podać Wam, szan. koledzy, przedmiot do dyskusyi, a zarazem zachęcić do gorliwego śledzenia postępów w chirurgicznêm leczeniu tych chorób, które dla nieświadomych uchodzą za nieuleczne, a które, jeżeli nie zupełnie usunąć, to w najgorszym razie złagodzić jest w stanie ta umiejętności lekarskiéj najstarsza córa, *quae manu curat.*

III. Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

6. Stefania L. lat 17 licząca, bez zajęcia, przybyła do szpitala dnia 9 marca a wywiady wykazały, że miała mieć przed 6 dniami silny dreszcz, po którym wystąpiła gorączka, zrywania, majaczenia i kilkakrotne wymioty. Badanie wykazało: dobrą budowę, liche odżywienie, twarz mocno zarumienioną, język wilgotny, obłożony, w płucach żadnych zmian, również w narządzie krążenia. Sledziona powiększona, jednak niemacalna. Mierne rozwolnienie, ciepłota 39·5° C., ból głowy znaczny. Mocz bez białka.

Rozpoznano dur brzuszny. Chora zmarła 10 marca o godz. 6½ rano. Sekcya wykazała: *Pyaemia. Abscessus metastatici pulmonum, hepatis et renum. Leptomeningitis purulenta acuta. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum. Residua post typhum abdominalem. Degeneratio caseosa glandularum lymphaticarum colli.*

Chora umarła po 12-sto godzinnym pobycie w szpitalu. Przebieg kliniczny przed przybyciem niewiadomy. Sekcyja wykazała: *Residua post typhum abdominalem,* więc ślady dawno przebytego duru, z którym nie były w związku znalezione zmiany chorobowe a mianowicie zapalenie opon mózgowych.

7. Mateusz Cz. lat 31 liczący, wyrobnik, przybył do szpitala dnia 8 lutego, podając, iż od tygodnia doznaje codziennych dreszczów, ma ból głowy i że od czasu do czasu ma kłucie w boku lewym. Badanie: Budowa dobra, odżywienie liche. Skóra blada, bez śladów wysypki, język wilgotny miernie obłożony. W obu szczytach z przodu i z tyłu oddech zaostrzony, z tyłu po stronie lewéj w dolnéj części oddech słabszy przy równoczesnêm przytłumieniu odgłosu wypukowego a z głębi w miejscu stłumienia słychać przy głębokim wdechu drobne wilgotne rzężenia. Zmian w narządzie krążenia nie ma, tony tylko tępe. Wątroba niemacalna, śledziona zaś pod łukiem macalna, brzeg jéj gruby niebolesny. Ciepłota 38·6°C, tętno wolne. Rozpoznano: Dur brzuszny. W drugim dniu choroby ciepłota wynosiła 37·5°C, w trzecim niżéj normy 36·8, tak samo w 4, 5, 6 i 7; odtąd do zejścia śmiertelnego pomiędzy 39·°C a 37·9°C. Tętno nikłe. Śledziona mimo początkowo podawanego chininu (1 gm. na dzień) powiększała się, wysypki przez cały ciąg choroby nie było. W czwartym dniu pobytu w szpitalu wystąpiło rozwolnienie, które utrzymywało się stale do końca życia. — Dnia 17 lutego wystąpił nagle zapad, język stał się suchym, brzuch mocno wzdęty i chory zakończył życie dnia 18 lutego o godz. 1 w nocy. Sekcyja wykazała:

Typhus abdominalis in stadio cicatrisationis et ulcerationis cum perforatione intestini ilei squ. peritonitide universali septica. Hyperplasia typhosa glandularum mesaraicarum minoris gradus. Hyperaemia passiva cerebri. Oedema acutum pulmonum. Pleuritis fibrosa bilateralis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Degeneratio adiposa hepatis et renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus. Meteorismus. Pharyngitis granulosa.

Przebieg kliniczny odpowiadał póżnemu okresowi duru; chory czuł się jednak dopiero od tygodnia przed przybyciem do szpitala chorym. Widocznie mieliśmy przed sobą dur przebiegający z lekką gorączką, z którą chory chodził, zaczem przemawia i stan bezgorączkowy przez 3 dni w szpitalu się utrzymujący tak, że nawet z początku myślano o zimnicy, ale ogólne objawy wśród trwającego rozwolnienia i zwiększającego się obrzęku śledziony chroniły od mylki rozpoznawczéj. Przedziurawienie jelita i zapalenie otrzewny musiało wystąpić w ostatnim dniu i nie było za życia rozpoznane.

Z obowiązku sprawozdawcy wspomnieć musimy jeszcze o 2 przypadkach, w których dur brzuszny rozpoznano za życia a w których sekcyja tegoż nie wykazała.

U Anny R. lat 52 liczącéj przyjętéj, do szpitala dnia 23/11, a opowiadającéj, że od 2 tygodni ma silny ból głowy i że gorączkuje; badanie wykazało: budowę dobrą, odżywienie liche. Skóra blada. W płucach obok obniżonych granic płuc nad obojczykiem prawym odgłos mniéj jawny i wyższy, w miejscu têm wdech zaostrzony, zresztą zmian żadnych. Śledziona ani wątroba nie powiększona. Ciepłota 39°C. Mocz bez białka.

Do dnia 30/11 stan ogólny niezmieniony, ciepłota zawsze powyżéj 39°C a śmierć nastąpiła wśród ciągle wzmagającego się osłabienia dnia 30/11. Przez cały czas choroby w szpitalu chora nie kaszlała, a zmiany w płucach nie zwiększały się. Sekcyja wykazała: *Tuberculosis miliaris dissseminata acuta pulmonum, pleurarum, lienis, hepatis et renum. Processus atheromatosus insignis aortae et arteriarum periphericarum. Thrombi parietales aortae ascendentis et descendentis. Degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia incipiens hepatis. Nephritis interstitialis chronica disseminata et degeneratio adiposa renum, Hypertrophia portionis vaginalis uteri et endometritis chronica diffusa.*

Ani jednego z klasycznych objawów duru nie było, rozpoznanie oparte na wykluczeniu i dla tego mylne. Zmiany w płucach wyraźnie wybadane, duszność, sinica, a przedewszystkiem brak dodatnich znaków duru powinny były uchronić, jeżeli nie od mylnego rozpoznania, to przynajmniej od uważania tego przypadku za dur brzuszny. Najwyższa ciepłota była 39°C.

W drugim przypadku rozpoznanie duru było nietylko wytłumaczone, ale nawet uzasadnione, bo i sekcyja nie rozstrzygnęła sprawy, wykazawszy zmiany chorobom zakaźnym właściwe przed lokalizacyją. Tyczy się to mężczyzny Błażeja Sk. lat 36 liczącego, który leżał w szpitalu przez trzy doby. Przyjęty do szpitala 26 listopada podaje, że ma od 2 tygodni ból w karku, duszność, uczucie pociągania głowy ku tyłowi. Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie mierne, ruchy w karku możliwe, jednak nieco utrudnione, drżenie języka i małą sinicę twarzy. W narządzie oddechowym nieznaczny suchy nieżyt oskrzelowy; śledziona powiększona, ale nie macalna, w jelicie ślepem i zstępującem nagromadzenie kału. Ciepłota 40°C. Rozpoznanie: *Typhus abdominalis*. Chory przy ciągle wzmagającem się osłabieniu, prawie stałej gorączce i wolnem tętnie zakończył życie dnia 30/11.

Rozpoznanie anatomiczne: *Bronchitis diffusa, Pneumonia lobularis incipiens partium posteriorum pulmonum. Emphysema vesiculare marginale, hyperaemia et oedema acutum pulmonum, Tumor lienis acutus insignis. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus minoris gradus. Fractura cranii ad regionem parietalem sinistram sub forma impressionis, sanata.*

Ogółem więc na 32 przypadki duru (20 M. i 12 kobiet) leczonych w szpitalu w r. 1884 zmarło 7 (M. 1 K. 6) a więc 21·9%; u mężczyzn 1:20 tj. 5%, u kobiet na 12 zmarło 6 a więc 50%. Przypatrzmy się teraz bliżej szczegółowym protokółom sekcyjnym, mianowicie zmianom wspólnym wszystkim przypadkom i komplikacyjom w poszczególnych przypadkach:

U kobiety 25-letniej (p. 1) sekcyja w zakładzie anatomii opisowej uskuteczniona, gdzie nie podano protokółu szczegółowego, tylko rozpoznanie *Typhus abdominalis*. Z pozostałych 6 przypadków (M. 1 kob. 5) sekcyja wykazała: Zmiany miejscowe w jelitach w okresie zabliźniania po części owrzodzenia w jednym (u 31letniego M.); w okresie owrzodzenia po części nacieków w jednym (u 18-l. k.); w okresie owrzodzenia, nacieków i nekrozy w jednym (u 26-l. k.); a w okresie owrzodzenia, a po części nekrozy w jednym (u 20-l k.); sprawę durową skończoną w jednym przypadku (u 30-l. k.); a pozostałości po sprawie durowej w jednym przypadku (u 17-l. kob.) Ostry obrzęk śledziony stwierdziła sekcyja w 3 przypadkach (u k. 25-l. 26-l. i 20-l.); hyperplazyję gruczołów kreskowych w 4 przypadkach (u M. 31-ł. a k. 18-l 26-l. i 20-l.), a więc zmiany w okresie owrzodzenia, czy to wyłącznie, czy obok nacieków i nekrozy i zabliźnienia w 4 przypadkach. W jednym tylko przypadku śmierć nastąpiła skutkiem posocznicy i odleżyny, po już zupełnie ukończonej sprawie durowej w kiszkach (u 30-l. kob.) a w jednym (u 17 k.) skutkiem zapalenia opon mózgowych ze śladami sprawy durowej dawno przebytej w jelitach. Okres owrzodzenia odpowiadał raz 9mu, raz 15, 2 razy 22mu dniowi pobytu w szpitalu, a 17mu, 23mu, 30 i 34 dniowi choroby a więc raz 3mu tygodniowi, 2 razy 4, raz 5 tygodniowi choroby. W powyżej wspomnianym przypadku ukończonego duru (30-l. k.) zmiany anatomiczne odpowiadały 8-mu tygodniowi, a w przypadku, gdzie sekcyja wykazała *residua post typhum*, czasu sprawy durowej ani z przebiegu ani z wywiadów oznaczyć nie było można.

Następstwa bezpośrednie: przedziurawienie kiszki i zapalenie posocznicze otrzewny w jednym przypadku (u 31-l. M.); dalsze następstwa 1) odleżyna zgorzelinowa z następową posocznicą i zgorzelina podudzia w jednym przypadku u 30-l. k. z zawałem krwawym nerki lewej 2) Zapalenie ropne nerek rozsiane w jednym przypadku (u 20-l. kob. 3) Zapalenie zrazikowe ostre płuc w 2 przypadkach (u 20-l. i 26-l. k.) Wreszcie jako powikłania dysponujące do ciężkiego przebiegu i niepomyślnego zakończenia sekcyja wykazała wrodzoną małość serca i wąskość tętnicy głównej u 20-l. k.

Jako zmiany końcowe wykazała sekcyja: obrzęk płuc w 2 przypadkach (25-l. i 18-l. kob.); zwyrodnienie miąższowe serca wątroby i nerek w 3 przypadkach (25 l., 26 i 20 k.); zwyrodnienie miąższowe i naciek tłuszczowy serca, wątroby i nerek u 20-l. kob. W jednym tylko przypadku u 18-letniej kobiety sekcyja nie wykazała żadnej cięższej komplikacyi, ale zato zanotowano w 34 dniu choroby, więc w 5 tygodniu pobytu w szpitalu, krwotoki kiszkowe; prócz tego stwierdzono w tym przypadku zanik mięśniowy i odleżynę, a w początkach choroby miała chora po zażytym w domu leku uporczywe wymioty.

Co do objawów spostrzeganych za życia: gorączka we wszystkich przypadkach była mierna z dość znacznemi remisyjami i dochodziła najwyżej do 40°C. W przypadku z przebiciem jelita nie dochodziła wśród całego przebiegu 39°C. Wysypka była we wszystkich przypadkach wybitną z początkiem lub końcem 3-go tygodnia, prócz u dziewczyny 17-letniej, gdzie sekcyja wykazała: „*Residua post typhum*". Obrzęk śledziony był miękki, tylko w jednym przypadku (u 31-letniego mężczyzny) był twardy, dawny, zaś w jednym (u kobiety 26-letniej) z komplikacyją zrazikowego zapalenia płuc tylko wypukiem można było wykazać powiększenie śledziony, co wobec bębnicy towarzyszącej durowi jest bardzo niepewną i złudną metodą badania. Tętno dwubitne było tylko w jednym przypadku (u 26-letn. k.) z ostrem zapaleniem zrazikowem płuc, a dochodziło do 120 uderzeń w 2 przypadkach (u 20 i 18-letniej kobiety). Biegunkę spostrzegano we wszystkich przypadkach prócz u 30-letniej kobiety z posocznicą skutkiem odleżyny; występowała ona z końcem 2go tygodnia (w 4 przyp.) lub z początkiem trzeciego (w 1 przyp.) a w jednym przypadku biegunka obserwowana nie była objawem sprawy durowej, tylko przypadkową komplikacyją wśród zapalenia opon mózgowych po ukończonym durze. Wymioty obserwowano w 4 przypadkach: w 2-gim tygodniu (2 przyp.), lub 1-szym tygodniu (1 przypadek), raz pochodziły one z powodu choroby mózgowej (*Leptomeningitis*); zadrażnienie otrzewny przy rozległem owrzodzeniu w 2 przypadkach, a zapalenie ropne nerek w 1 przypadku było przyczyną wymiotów i wszystkie te przypadki zakończyły się niepomyślnie. O ile komplikacyja wywołująca wymioty, o ile sam akt wymiotny przyczyniły się do tego, to bardzo trudno rozstrzygnąć, zresztą w uwagach nad jednym z takich przypadków wyżej się o tem mówiło. Białkomocz stwierdzono w 3 przypadkach: 2 razy w 2gim tygodniu (30 i 20-l. kob.) raz w trzecim tygodniu duru u 26 letniej kobiety; sekcyja wykazała w każdym przypadku zmiany ważne w nerkach mianowicie u 30 letniej kobiety zawał nerki lewej u 26 letniej kobiety zwyrodnienie tłuszczowe nerek obok stłuszczenia serca i wątroby, a u 20 letniej kobiety zapalenie nerek ropne rozsiane pokryte podniesieniem się już przedtem spadłej ciepłoty. W pozostałych 3 przypadkach duru w jednym brak protokółu szczegółowego sekcyi; w 2-ch przypadkach sekcyja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe nerek obok zwyrodnienia tłuszczowego serca i wątroby, chociaż w przebiegu białkomoczu nie stwierdzono. Przypadki te ostatnie (patrz

historyje choroby) tyczące się 17, 18-l. kob. i 31 mężczyzny przebiegały wśród gorączki znacznej.

Białkomocz w przebiegu duru pogarsza rokowanie, a wystąpienie znaczniejszego białkomoczu przy podniesieniu się ciepłoty, dla której brak innej przyczyny, wskazuje ropne zapalenie nerek, komplikacyję z bezwzględnie złem rokowaniem. Z drugiej strony dodać należy, że znaczna ilość białka w moczu i obecność wałeczków Belliniego w durze bezwzględnie nie dowodzi zmiany zapalnej w nerkach, ani przekrwienia biernego znacznego stopnia ale że się oznaki te znachodzi często w stłuszczeniu nerek (p. przyp. 16 letniej kob.)

Z przypadkowych komplikacyj zanotować trzeba 1) zapalenie opłucny w 2 przypadkach (u 20 letniej kob. i 31-l. męż.), 2) porażenie odnóg u 18 letniej kob., którego przyczyny sekcyja nie wykazała, 3) w jednym przypadku (18-l. kob.) zapalenie płuc zrazikowe, 4) dwa przypadki powikłane z zimnicą o tyle, że obrzęk śledziony był twardy, zbity, niebolesny (u 31-let. m. i 26-l. kob.) Przebieg gorączki w tych przypadkach nie przedstawiał nic odmiennego.

Wszystkie przypadki przywożono późno do szpitala nieraz zdaleka, wśród sporéj gorączki a w domu bardzo niestósownie (środkami przeczyszczającemi, wymiotnemi itd.) i wśród najgorszych warunków higienicznych i dyjetetycznych leczone. Naturalnie, że z tych powodów i z liczby zresztą zbyt małej ani o częstości wymienionych komplikacyj w durze wogóle wnosić nie można, ani oceniać procentowej śmiertelności duru u nas.

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Dr. Zesas: **O leczeniu chirurgicznem wynicowania pęcherza.**

Podczas gdy dawna chirurgija zadowalała się w tém cierpieniu tylko rozmaitemi pomysłami przyrządów mających uchodzący mocz chwytać, obecnie co rok prawie pojawia się nowa jakaś myśl, starająca się drogą operacyjną cierpienie to usunąć lub przynajmniéj zmniejszyć. Niestety wszystkie prawie sposoby postępowania, jak zeszycie bezpośrednie ścian wynicowanego pęcherza, wszycie moczowodów do kiszki stolcowéj lub wreszcie plastyczne utworzenie przedniéj ściany pęcherza okazały się albo niepraktycznemi albo wręcz szkodliwemi.

Autor poleca gorąco metodę Sonnenburga, polegającą na wyłuszczeniu całego pęcherza i wszyciu moczowodów w rynienkę prącia a pokryciu plastycznem ubytku w ten sposób powstałego i opisuje odpowiedni przypadek, operowany w r. 1884 przez Dra Nichansa w oddziale chirurgicznym szpitala w Bernie szwajcarskiém. U chłopca 4-letniego z tak znacznem cierpieniem, iż pęcherz prawie wcale nie dał się reponować, wykonał wówczas ów lekarz operacyję w sposób podany przez Sonnenburga. Rana zgoiła się zupełnie i chorego wypuszczono ze zwykłym, lejkowatym zbiornikiem do domu. Zbiornik ten nie działał jednakże dobrze, w pozycyi chorego siedzącéj mocz uchodził bokiem i wywołał wyprysk na udach. W obec tego Dr. Niehans polecił mu sporządzić według własnego pomysłu zbiornik, którego téż chory dotychczas używa.

Zbiornik ten składa się z 2 części, z wypukłéj tarczy brzusznéj, przylegającéj tylko na obwodzie do ścian brzucha i z lejka mosznowego, przechodzącego następnie w właściwy zbiornik moczowy. W środku tarczy brzusznéj, w miejscu odpowiadającém polu operacyjnemu, znajduje się zagłębienie, umożliwiające swobodny odpływ moczu z moczowodów i obejmujące szczątkowe prącie. Tarcza brzuszna i lejek mosznowy są sporządzone z blachy, a na obwodzie w miejscach stykających się ze skórą wyściełone są podobnie jak maski do wziewań rurą gumową powietrzem wypełnioną, zbiornik właściwy jest kauczukowy. Przyrząd taki, jak się autor na chorym Dr. Niehansa przekonał, działa doskonale, nie przepuszcza bokiem ani kropli moczu bez względu na pozycyję chorego i nie sprawia choremu żadnych dolegliwości.

W końcu wypowiada autor zdanie, że wyłuszczenie pęcherza według Sonnenburga uważa za stosowne tylko przy znaczniejszych stopniach wynicowania pęcherza, przy mniejszych zaś uważałby za odpowiedni pomysł Trendelenburga oddzielenia po obu stronach połączeń między kością krzyżową a kością bezimienną, zbliżenie w ten sposób kości biodrowych do siebie, a wreszcie bezpośrednie zeszycie ścian pęcherza. O ile jednak pomysł ten okaże się praktycznym, przyszłość dopiero okaże. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 8). *Dr. Sondermayer.*

Prof. Bidder: **O leczeniu poronném czéraków za pomocą wstrzykiwań miąższowych.**

Bidder stosował od r. 1875 w przeszło 100 przypadkach wstrzykiwania miąższowe przy czérakach. Do wstrzykiwań używa strzykawki Pravaza i 2% roztworu kwasu karbolowego. W przypadkach małych czéraków wystarcza jednorazowe wstrzyknięcie kilku kropli, przy większych robi się 2 wkłócia i wstrzykuje dwie połowy lub dwie całe strzykawki, w duże zaś czéraki robi się cztery wkłócia i wstrzykuje cztery połowy do czterech całych strzykawek. Ukłócie jest bolesne, ból jednakże bardzo prędko ustaje zupełnie. Naciek zapalny szybko znika tak, że w 8 do 10 dniach z największych czéraków nie ma ani śladu. Bidder stosował wstrzykiwania te z wynikiem dodatnim także w czérakach wąglikowych, tu jednakże trzeba było kilkakrotnie wstrzykiwania powtarzać. Działanie tych wstrzykiwań jest jasne, mikroorganizmy giną pod wpływem kwasu karbolowego lub téż tracą grunt stosowny do dalszego rozwoju. Zaletą zaś téj metody jest, że się da zastosować u ludzi bojących się noża i że leczenie ma trwać krócéj niż po przecięciu. (*Wykład na posiedzeniu Towarz. lek. w Berlinie. Wien. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 5). *Dr. Sondermayer.*

Medycyna sądowa.

Langreuter: **O stosunkach mechanicznych śmierci z strangulacyi.**

Prof. Hofmann: **Przyczynek do wiadomości o powstawaniu złamań krtani.**

L. kontrolował w sprytny sposób znane szczegóły, podane przez Eckera, o zachowaniu się organów szyjnych śród strangulacyi. Otwierał on jamę połykową od podstawy czaszkowéj (po odjęciu sklepienia i wyjęciu mózgowia), i w pokoju ściemnionym oświetlał okolicę połyku i krtani za pomocą reflektora wziernika krtaniowego, tak że mógł widzieć wszystkie fazy strangulacyi, którą na trupie wywołał. Torował sobie zaś przystęp do tych części przez wydłutowanie podstawy potylicy, wierzchołków kk. skalistych, tylnéj części k. klinowych i małych kości jamy nosowéj, a wreszcie przez odcięcie języczka i kawałka podniebienia miękkiego. Na trupie tak przygotowanym robił doświadczenia następujące: za uciskiem dwoma palcami wywartym na chrząstkę tarczykową szpara głosowa zamyka się zupełnie, silniejszego jednak potrzeba ucisku, jeżeli się go wywiera pomiędzy krtanią a k.

gnykową, wtedy jednak przez zbliżenie się do siebie więzadeł nalewkowo-nagłośniowych drogi oddechowe z łatwością zamykają się ku górze. Po założeniu powrozu trupowi leżącemu na wznak i naciągnięciu go ku górze, jak przy powieszeniu, nagłośnia przykłada się do tylnéj ściany połykowéj; po silniejszém naciągnięciu powroza ku górze kość języka idzie za nagłośnią a koniec ostatniéj wklinowuje się pomiędzy korzeń języka a tylną ścianę połyku; górne drogi oddechowe w zupełności zostają zamknięte. Tak samo ma się rzecz po zduszeniu szyi powrozem. Po powieszeniu trupa korzeń języka wtłacza się w otwór zrobiony w podstawie czaszkowéj. Zmiany te atoli następują tylko wtedy, jeżeli powróz założony został pomiędzy krtanią a k. gnykową. Zresztą doświadczenia autora stwierdzają dosadnie szczegóły odnoszące się do nauki o śmierci z powieszenia, obecnie powszechnie uznawane. Wśród doświadczeń czynionych nad strangulacyją w znaczeniu ściślejszém, t. j. przez uciśnięcie szyi za pomocą powrozu okalającego takową, stwierdził autor okoliczność, że jeżeli powróz przebiega na wysokości chrząstki tarczykowéj, zamknięcie krtani przez ucisk powrozu prawie jest niemożliwe i nastaje dopiero przy użyciu znacznéj siły a mianowicie krępulca. Inaczéj ma się rzecz, jeżeli powróz przebiega powyżéj krtani. W tym przypadku nastaje zamknięcie dróg oddechowych w sposób podobny, jak przy powieszeniu, a do tego trzeba tym razem znacznie mniejszéj siły. Na karb téj okoliczności położyć należy, że samobójstwa przez strangulacyję nie udają się zazwyczaj, jeżeli narzędzie przebiega w wysokości krtani, brak tutaj bowiem przyczyn, dla których narzędzie uciskające mogłoby się posunąć ku górze, jak to ma miejsce zazwyczaj przy powieszeniu. Zagardlenie udaje się znów nader łatwo, jeżeli się uciska krtań z obu stron a więc bocznie, jak o tém powyżéj wspomniano. Tym sposobem można nietylko więzadła głosowe do siebie zbliżyć, lecz nawet na siebie zasunąć [1]).

W końcu swéj rozprawy dodaje L. własne spostrzeżenia nad odpornością krtani i kości gnykowéj i nad częstością złamań tych części w przypadku powieszenia, strangulacyi i zagardlenia. L. postępował w ten sposób, że młotkiem uderzał w krtań zwłok, następnie badał ją odejmując dokładnie mięśnie i więzadła, gdyż złamania krtani rzadko tylko można rozpoznać bez dokładnego odpreparowania chrząstek. Drugi szereg doświadczeń przedsiębrał przez zagardlenie, wykonywane na zwłokach i doszedł do przekonania, że wiek, więź, choroba i czas, w którym się sekcyję wykonało od chwili śmierci, nie wywierają wpływu na częstość złamań, i że krtań kobiet jest zazwyczaj więcéj odporną niż mężczyzn.

O wiele większe znaczenie naukowe i praktyczne niż doświadczenia Langreutera, wykonywane na zwłokach, mają niedawno ogłoszone spostrzeżenia prof. Hofmanna, a dotyczące również złamań chrząstek krtaniowych. Spostrzeżenia te stanowią jednę część szeregu publikacyj na ten temat, ogłaszanych od czasu do czasu przez pracujących w zakładzie prof. Hofmanna (Haumeder, Patenko).

Autorowie dawniejsi, a głównie Liman, przypisywali chrząstkom krtaniowym znaczną odporność i o złamaniach chrząstek tych lub kości gnykowéj wspominali jako o rzeczach rzadko się zdarzających. Casper twierdził, że złamania te powstają prawie wyłącznie w przypadkach zagardlenia. Że to twierdzenie obecnie ostać się nie może, wykazali już inni autorowie, że jednak złamania chrząstek krtaniowych i kości gnykowéj zdarzają się znacznie częściéj aniżeli się to powszechnie przypuszcza, wykazuje H. na przypadkach dokładnie spostrzeganych i opisanych z własnéj praktyki. Pierwszy szereg tych opisów dotyczy przypadków, w których siła działała b e z p o ś r e d n i o na krtań i przyciskała takową do kręgosłupa, sprowadzając najczęściéj złamanie chrząstki tarczykowéj lub jéj rogów obok innych obrażeń lub bez takowych. Pod względem sądowo-lekarskim mają jednak większe jeszcze znaczenie przypadki, w których krtań uległa złamaniu w skutek zadziałania urazu p o ś r e d n i o. Mogłoby się bowiem zdarzyć, że znalezienie złamania krtani obok innych obrażeń stałoby się w przypadku sądowym podstawą do twierdzenia, że ofiara była duszoną przed lub po zadaniu jéj innych obrażeń. Przypadek podobny, który miał miejsce w Wiedniu, skłonił autora do dokładnego zbadania części miękkich i chrząstek krtaniowych z przypadków innych, przechowywanych w muzeum sądowo-lekarskiém wiedeńskiém, przyczém okazało się, że złamania większych rogów chrząstki tarczykowéj nastają bardzo często wśród poderznięcia gardła tak w przypadkach morderstw, jakotéż i samobójstw. Spostrzeżenia Hofmanna obejmują przypadki spadnięcia z wysokości, śmierci pod kołami parowozu itp. Z natury rzeczy wynika, że nie podobna wyśledzić w każdym przypadku z osobna, jakim był mechanizm złamania. Jako bardzo prawdopodobne przypuszcza H., że gwałtowne wygięcie głowy ku tyłowi, jak to może mieć miejsce wśród spadnięcia na głowę, jest dostateczném do wywołania złamania krtani, a zwłaszcza rogów chrząstki tarczykowéj i chrząstki pierścieniowéj. W końcu dochodzi H. do wniosków, że 1) złamania krtani mogą powstawać przedewszystkiém wtedy, gdy chrząstki utraciły swą sprężystość i to nietylko w skutek strangulacyi lub zagardlenia, lecz także w skutek rozmaitych bezpośrednio działających urazów; 2) urazy bezpośrednio działające, połączone z gnieceniem lub rozciąganiem krtani mogą również sprowadzać złamania; 3) w szczególności mogą powstać złamania chrząstek krtaniowych wśród poderznięcia gardła, spadnięcia z wysokości; w pierwszym przypadku zwłaszcza wtedy, gdy narzędzie było tępém lub napotkało krtań zwapniałą; w drugim razie wtedy, gdy spadnięcie nastąpiło na głowę. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1886, Z. 4 i *Wiener. med. Woch.*, 1886, str. 44 i 45).

Dr. Schaitter.



V. Ferdynand Arlt.

Przed pięciu niespełna laty zabraliśmy na tém miejscu głos ku uczczeniu 70-letniego jubileuszu prof. Arlta, odbytego w dniu 18 kwietnia 1882 r. Sędziwy jubilat cieszył się wówczas powszechnie podziwianą, młodzieńczą niemal krzepkością sił fizycznych i nie nadwerężoną świeżością i dzielnością władz umysłowych tak, iż wszystko zdawało się rokować mu długi jeszcze szereg lat dobrze zasłużonego spoczynku wśród czerstwego zdrowia. W wesołém gronie uczestników uczty jubileuszowéj, złożoném z wielbicieli i dawnych uczniów jubilata, którzy przeważnie zdaleka zjechali się umyślnie na uroczystość, podniesiono z zapałem przyjętą myśl zjeżdżania

---

[1]) Doświadczenia te skontrolowaliśmy w Zakładzie sądowo-lekarskim i przekonaliśmy się, że otwieranie jamy połykowéj od podstawy czaszkowéj i oświetlanie połyku i krtani za pomocą reflektora posłużyć może do korzystnéj demonstracyi objawów występujących śród duszenia przez ucisk na szyję wywarty. *L. B.*

się co pięć lat w rocznicę urodzin jubilata, a wszystko zdawało się zapowiadać, że piękny ten zamiar jeszcze niejednokrotnie się urzeczywistni. Nie przeczuwaliśmy wówczas, że miasto pospieszyć w tak bliską już obecnie piątą rocznicę jubileuszu na radosne zebranie towarzyszy, aby uścisnąć przyjazną dłoń kochanego i uwielbianego mistrza, a serce i umysł odświeżyć wspomnieniami dawno minionéj przeszłości, przypadnie nam dzisiaj pisać niestety — wspomnienie pośmiertne!

Nie ochłonąwszy jeszcze z pierwszego bolesnego wrażenia podejmujemy jednak ten obowiązek, którego spełnienia domaga się zarówno hołd należny zasłudze i cnotom zmarłego, jak głos ściśnionego żalem serca.

Ferdynand Arlt, urodzony 18 kwietnia 1812 r. w górskiéj mieścinie Obergraupen pod Cieplicami czeskiemi, był synem ubogiego kowala. Walcząc z pierwszemi potrzebami życia, na które udzielaniem lekcyj zarabiał, ukończył gimnazyjum w Lutomierzycach i oddał się w roku 1831 naprzód studyjom filozoficznym, a następnie lekarskim w Uniwersytecie pragskim, gdzie też w roku 1839 otrzymał stopień doktora medycyny i chirurgii. Profesor okulistyki Jan Nepomucen Fischer obrał go sobie na asystenta, ale zobowiązał zarazem, żeby się pierwéj, celem dalszego kształcenia, a zwłaszcza obeznania z nowym kierunkiem nauk lekarskich, wprowadzonym przez Rokitańskiego i Škodę, udał do Wiednia. Tam wziął Arlt między innemi udział w nauce o operacyjach ocznych udzielanéj przez prof. Fryderyka Jaegera. Od kwietnia 1840 do kwietnia 1842 był asystentem Fischera, a następnie wykonywał aż do jesieni 1846 r. prywatną praktykę lekarską w Pradze nietylko okulistyczną ale także w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych i usznych. On pierwszy wykładał osobno naukę o chorobach uszu, a sławny Tröltsch u niego rozpoczął studyja otyjatryczne. W jesieni 1847 r. zastępował tymczasowo chorego Fischera, a po jego śmierci, zaszłéj w początkach 1848 r., był aż do końca roku szkolnego 1849 zastępcą profesora okulistyki. Powołany w r. 1849 na świeżo utworzoną katedrę okulistyki w Lipsku nie przyjął posady, gdyż w sierpniu tegoż roku otrzymał nominacyję na profesora zwyczajnego w Pradze, gdzie też aż do lipca 1856 pozostał. Od października 1856 aż do końca lipca 1883 zajmował katedrę okulistyki w Uniwersytecie wiedeńskim. Stosownie do ustawy miał właściwie po ukończeniu 70go roku życia ustąpić z katedry już w roku 1882, pozostał jednak na niéj skutkiem wezwania ministra o jeden rok dłużéj. Niezmordowana pracowitość niedozwoliła Arltowi po opuszczeniu stanowiska profesora oddawać się, mimo późnego wieku, bezczynności. Jak dawniéj tak i teraz liczni chorzy zwracali się do niego o doświadczoną radę i pomoc z jego zawsze jeszcze pewnéj a tak mistrzowskiéj ręki. Obok tego pracował Arlt naukowo, a jeszcze w roku 1885 ogłosił w archiwie Graefego dwie prace, odnoszące się do operacyi zaćmy, noszące na sobie wybitne piętno wysokich zalet, któremi odznaczały się wszystkie jego prace. W dniu 20 kwietnia 1886 spotkało Arlta nieszczęście, że wysiadając z powozu, aby odwiedzić chorego, upadł i złamał ramię, a jakkolwiek złamanie zgoiło się nadspodziewanie dobrze, cierpiał on odtąd na bezsenność, która go aż do końca życia nękała. Szukając pomocy udał się w lipcu do Johannisbadu w Czechach, gdzie nagle wystąpiła zakrzepica żył podudzia, która sprowadziła zgorzel odnogi dolnéj. Mimo dwukrotnéj operacyi (odjęcia odnogi i wycięcia nerwu kulszowego), najstaranniejszéj opieki rodziny i pomocy lekarskiéj, którą mu z prawdziwém poświęceniem nieśli profesorowie Billroth, Dittel i Drasche, mimo znacznego polepszego w jesieni, które przez jakiś czas nawet wyzdrowienie rokować się zdawało, zakończył Arlt, po niewypowiedzianych mękach, w dniu 7 marca zasłużony swój żywot.

Jak wielką i niepowetowaną stratę ponosi przez śmierć Arlta nauka i cierpiąca ludzkość świadczy wymownie powszechny a głęboki żal i liczne objawy czci i hołdu, składane pamięci i zasługom znakomitego uczonego i sławnego lekarza przez instytucyje i stowarzyszenia naukowe, reprezentacyję i całą ludność stolicy, kolegów, uczniów i licznych wielbicieli i pacyjentów zmarłego. Niechaj i nam wolno będzie dać wyraz wysokiéj czci i osobistéj wdzięczności, kreśląc choć pobieżny obraz niespożytych zasług naukowych, wysokich cnót i zalet charakteru naszego nieodżałowanego i nigdy niezapomnianego nauczyciela i mistrza.

Jako badacz odznaczał się Arlt wielką bystrością umysłu, znakomitym darem spostrzegawczym i niezwykłą samodzielnością, wyciskającą odrębną cechę na wszystkich jego pracach. A co obok tych wszystkich niepospolitych zalet niezmiernie podnosi wysoką wartość jego badań, to owo wierne zamiłowanie prawdy, które sprawia, że wyniki jego pracy budzą bezwzględne zaufanie w rzetelność przekonań autora, który szukając prawdy mógł się mylić, i mylił zapewne nieraz, ale nigdy siebie i drugich nie łudził. Téj wewnętrznéj wartości jego prac naukowych, jak całéj indywidualności Arlta, odpowiada styl prosty, jędrny i jasny, przedstawienie rzeczy proste a dosadne, niepozostawiające żadnéj wątpliwości, żadnéj niejasności lub dwuznaczności. Arlt był niezrównanym mistrzem, istnym artystą w kreśleniu obrazów chorobowych, które z pod pióra jego wychodziły tak plastyczne, tak uderzające prawdą i wiernością, jakby na gorącym uczynku podchwyconéj natury, że umysł uważnego czytelnika wnika od razu w istotę rzeczy i z łatwością odtwarza sobie przedmiot opisu, który, jakby żywy, staje widomie i cieleśnie przed jego oczyma. Potężnego wpływu tego talentu Arlta, tego prostego a tak mistrzowskiego pióra, doświadczył piszący na sobie samym, kiedy po ukończeniu studyjów lekarskich w Uniwersytecie wiedeńskim poddać się miał egzaminowi ścisłemu z okulistyki. Wtedyto mając stanąć do egzaminu przed niedawno do Wiednia przybyłym profesorem, na którego wykłady jako uczeń nie uczęszczał i rozczytując się w jego znakomitym podręczniku, powziął piszący takie zamiłowanie do okulistyki, że już przed egzaminem postanowił poświęcić się jéj wyłącznie, w którymto zamiarze utwierdziła go uprzejma i życzliwa zachęta, któréj mu po złożeniu egzaminu znakomity nauczyciel nie poskąpił.

Arlt był jednym z pierwszych, który idąc torem wytkniętym przez Rokitańskiego i Skodę stanął w okulistyce na gruncie anatomii patologicznéj, tak mało przed nim uprawianéj. Cały szereg prac, ogłoszonych już w piątym dziesiątku tego stulecia, przeważnie w *Prager Vierteljahrschrift* (*aphoristische Bemerkungen über Hordeolum*, *Blepharadenitis*, *Staphyloma corneae*, *Amblyopia*, *Trichiasis und Entropium*, *Flügelfell*, *physiologisch-anatomische Bemerkungen über die Bindehaut*, *Zur pathologischen Anatomie des Auges*, *Trachom*, *Über Schielen* w *österr. Jahrbücher* i wiele innych) znamionuje ten kierunek. W pracy *Über Amblyopie* Arlt pierwszy podał głoski różnéj wielkości jako miarę bystrości wzroku. W roku 1846 wydał Arlt *Pflege der Augen im gesunden und kranken Zustande*, którato praca doczekała się drugiego przerobionego wydania w roku 1865. Po tych pracach wstępnych przystąpił Arlt do napisania podręcznika, którego pierwsze

dwa tomy ukazały się jeszcze za pobytu autora w Pradze (1851 i 1853), trzeci już w Wiedniu (1856). Dzieło to, oparte na szerokiéj podstawie bogatego doświadczenia, a łączące tak szczęśliwie trafną i bystrą obserwacyję kliniczną z wynikami badań anatomicznych, zdobyło głośnemu już przedtém uczonemu i klinicyście rozgłos światowy, a jakkolwiek w niektórych swoich rozdziałach, zwłaszcza dotyczących cierpień głębszych części oka, nie odpowiada już obecnemu stanowisku nauki, ma ono i mieć zawsze będzie niespożytą wartość i pozostanie wzorem gruntowności, jasności i sądu krytycznego. A gdyby nic innego, to już sam dowód oparty na poszukiwaniach anatomicznych, że krótkowidzenie nie polega, jak dawniéj sądzono, na nadmiernéj krzywiznie rogówki, lecz na wydłużeniu gałki ocznéj, złożony w tém dziele pomnikowém zapewniłby Arltowi nieśmiertelność w dziejach okulistyki.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

O. Bujwid: **Oddziaływanie chemiczne grzybków cholerycznych.**

Jeżeli do hodowli prątków przecinkowych w bulionie doda się 5 do 10 na 100 zwykłego kwasu solnego, powstaje po kilku minutach, niekiedy nawet sekundach, słabe zabarwienie różowo-fiolkowe wzmagające się w ciągu ½ godziny. Zabarwienie to rozmaitéj mocy utrzymuje się przez kilka dni bez zmiany, nabiera jednak w jasności odcienia cisawego.

Oddziaływanie to okazują już hodowle otrzymane po 10 do 12 godzinach w cieplocie 37°C., osobliwie, jeżeli płyn jest jeszcze ciepły. Przy ogrzaniu zabarwienie staje się mocniejszém, a nawet zmienia swój odcień.

Grzybki podobne morfologicznie do grzybków cholerycznych nie oddziaływają w sposób wymieniony. Grzybki Priora, Finklera dają wprawdzie po dłuższym czasie podobne zabarwienie, wszakże słabsze i z odcieniem cisawym.

Oddziaływanie przerzeczone może mieć znaczenie rozpoznawcze, jeżeli mamy podejrzany kał świeży i potrzebujemy prędkiego rozpoznania.

Tożsamo oddziaływanie powstaje także z innemi kwasami mineralnemi, jak azotowym i siarkowym. (*Zeitschrift für Hygiene*. II Tom, 1 Zeszyt, marzec 1887. *D.*

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych Cz. V wydana i rozesłana 1go marca 1887 mieści jako Nr. 8y Rozporządzenie c. k. galic. kraj. Rady szkolnéj z d. 26 stycznia 1887 do l. 10.359 ex 1886 w sprawie zapobieżenia szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach. Dodaną jest do tego rozporządzenia instrukcyja o odrażaniu.

Jako Nr. 9 ustawę z 14 sierpnia 1886 zmieniającą § 28 ustawy z d. 29 lutego 1880)Dz. u. p. Nr. 35) o zapobieganiu chorobom zwierzęcym zaraźliwym i tępieniu tychże.

Jako Nr. 10 rozporządzenie ministerstwa spraw wewn., sprawiedliwości, handlu i rolnictwa z dnia 6 grudnia 1886 zmieniające postanowienie rozporządzenia wykonawczego z dnia 12 kwietnia 1880 (Dz. u. p. Nr. 36), mianowicie §§ 18, 26. 28 powszechnéj ustawy o chorobach zwierzęcych zaraźliwych z dnia 29 lutego 1880 (Dz. u. p. Nr. 35) i uchylające rozporządzenie ministeryjalne z d. 19 marca 1883 (Dz. u. p. Nr. 35).

Jako Nr. 11: rozporządzenie ministerstw spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, handlu i rolnictwa z d. 8 grudnia 1886 zmieniające postanowienie rozporządzenia wykonawczego z dnia 7 sierpnia 1879 (Dz. u. p. Nr. 109) do § 8 ustawy z dnia 19 lipca 1879 (Dz. u. p. Nr. 108) o obowiązku odwietrzania na kolejach żelaznych i okrętach przewożących bydło.

* Komisyja dla grupy 26 Wystawy krajowéj w Krakowie w r. b. odbyć się mającéj, złożona z pp. Baranieckiego, Grabowskiego, Jordana, Korczyńskiego, Lutostańskiego, Mikolascha i Stokmara, rozesłała odezwę z szczegółowym programem. Przewodniczącym téj komisyi jest prof. Korczyński.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 marca. Z dniem dzisiejszym kończy się półrocze zimowe i rozpoczynają się w uniwersytecie feryje wielkanocne. Dotąd niewiadomo, czy katedra chirurgii będzie obsadzoną przed rozpoczęciem kursu letniego, lub czy zajdzie potrzeba zarządzenia zastępstwa.

* Dr. Jan Rosner, b. asystent kliniki położniczéj, powrócił z podróży naukowéj za granicę i ordynować będzie podczas tegorocznego sezonu we Francensbadzie.

* **Warszawa**. Towarzystwo lekarskie wybrało członkami honorowymi: proff. Brodowskiego i Pląskowskiego oraz protomedyka Biesiadeckiego we Lwowie. (*Gaz. Lek.*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Prof. tytuł. Ehrlich habilitował się jako docent prywatny w Wydz. lek. — **Groninga**. Dr. Korteweg, lekarz szpitala izraelickiego w Amsterdamie, mianowany został prof. chirurgii po Rankem. — **Getynga**. Członek państw. Urzędu zdrowia Dr. Wolffhügel mianowany profesorem i dyrektorem zakładu higijenicznego i chemii lekarskiéj po Flüggem. — **Helsingfors**. Docent pryw. Dr. Sundvik mianowany nadzw. profesorem chemii fizyjol. i farmakologii a docent pryw. Dr. Holsti nadzw. profesorem patologii wewn. — **Lipsk**. Prof. Heubner ostatecznie odmówił przyjęcia katedry pedyjatrycznéj w Wydz. niem. w Pradze. — **Monachijum**. Dr. Schlösser habilitował się jako docent okulistyki.

* **Odznaczenia**. Okulista ordynujący w szpitalu na Wiedeniu Dr. Jan Adler otrzymał tytuł c. k. prymaryjusza. — Prof. Ehrlich w Berlinie otrzymał nagrodę Tiedemanna od Tow. przyrodniczego Senkenberga w Frankfurcie n./M. za prace swoje znakomite o barwieniu preparatów mikroskopowych.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Janiszewski otrzymał posadę prymaryjusza w Horodence p. śp. Sakowskim.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Maks. Cercha rodem z Opatowa w Królestwie Polskiém, Władysław Grabowicz z Radomyśla, Albin Schwarz z Poręby i Ludwik Ziembicki z Brzeżan.

* **Nekrologija**. W Siedlcach umarł d. 8 bm. Dr. Stanisław Piławski, lekarz miejski i pomocnik inspektora gub. siedleckiéj licząc lat 45.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 12: Guranowskiego: Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową; Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie; Elsenberga: *Pityriasis rubra universalis* (dok.); Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci. (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie.

FILLEAU et PETIT. Traitement de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Doin. Fr. 2.

FRAENKEL C. Grundriss der Bakterienkunde. gr. 8. Berlin Hirschwald. M. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 2 Kwietnia 1887. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*. nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit.

Podał **Dr. Rydygier.**

Chirurgija jamy brzusznéj coraz więcéj budzi zajęcia nietylko dla tego, że w ostatnim czasie właśnie na tém polu największe zrobiliśmy postępy i najświetniejsze udało się zebrać wawrzyny, ale jeszcze więcéj dla tego, że z postępem wyłoniły się zagadnienia w coraz ściślejszéj i pewniejszéj postaci, do których rozwiązania tylko wspólne doświadczenie przyczynić się może. Na pierwsze miejsce wysunęło się w najnowszym czasie pytanie, w jaki sposób postąpić sobie w obec niedrożności lub zranienia jelit. Dla tego téż i na francuskim i na niemieckim tegorocznym Zjeździe chirurgów umieszczono dyskusyję o tym przedmiocie na porządku dziennym. Następnemi uwagami dotyczącemi tego przedmiotu postanowiłem podzielić się wpierw z szan. czytelnikami Przeglądu Lekarskiego, zanim je zakomunikuję na niezadługo odbyć się mającym Zjeździe chirurgów w Berlinie.

Z powodu niedrożności jelit miałem w 7 przypadkach sposobność wykonania laparotomii i dziwnym trafem prawie każdy z tych przypadków przedstawia inny rodzaj, inną przyczynę niedrożności. Poszczególne te moje przypadki, dołączając krótkie uwagi, opiszę najprzód, w końcu obszerniéj się rozwiodę o tym przedmiocie korzystając jużto z własnego doświadczenia, jużtéż opierając się na spostrzeżeniach innych operatorów.

Przyczyny, które niedrożność jelit w moich przypadkach wywołały, były następujące: 1) taśma zaciskająca poprzecznie jelito; 2) wgłobienie; 3) skręcenie jelita około osi połączone z zapaleniem otrzewny gruźliczém; 4) ropne zapalenie ograniczone około wyrostka robaczkowego i jelita ślepego z ostrém odgięciem jelita cienkiego; 5) ropne zapalenie otrzewny w miednicy z przyczepieniem ostro odgiętéj pętli jelita cienkiego; 6) liczne zwężenia i brak światła jelitowego u noworodka, który przebył zapalenie otrzewny w żywocie matki; 7) rak w jelicie esowatém.

Przypadek I: Laparotomija z powodu niedrożności jelita cienkiego wywołanéj uciśnięciem taśmy wrzekoméj; wyleczenie.

R. E., 43 lat licząca, pochodzi z rodziny, w któréj nie było dziedzicznych chorób. Miesiączkowanie pojawiło się u niéj w 13 roku życia i odtąd odbywało się zawsze regularnie z przerwami ciążą wywołanemi. W 22 roku wyszła za mąż i porodziła ośmioro dzieci; wszystkie połogi prawidłowe; ostatni przed 8u laty. Dwa lata temu wykryła przypadkiem guz w żywocie po prawéj stronie ku górze. Poprzednio już przez kilka tygodni bóle dolegały jéj w téj okolicy. Przywołani lekarze Drowie Szczypiński, Michalski i Hirschfeld stwierdzili obecność guza, który się po użyciu rozmaitych środków zewnętrznych nie rozdzielił, tylko podług zdania choréj jużto się zmniejszał, jużtéż znów powiększał. Oprócz boleści pojawiających się od czasu do czasu w okolicy guza, a trwających nieraz i kilka dni, innych dolegliwości z powodu guza nie miała. Od kilku lat będąc wdową wyszła w przeszłym roku powtórnie za mąż; miesiączkowanie od 5u miesięcy już ustało i chora czuje się obecnie w innym stanie. Dnia 11/10 1886 r. napadł ją gwałtowny i trwały ból w prawym boku ponad guzem. Ból ten pojawił się zupełnie nagle i bez żadnéj wiadoméj przyczyny po wypiciu kawy. Jeszcze tego samego dnia wystąpiły wymioty. Po lawatywie nastąpił wieczorem wprawdzie jeszcze stolec, lecz bardzo nieobfity, składający się pewnie tylko z kału wypłukanego z dolnych części jelit; dnia poprzedniego był stolec należyty. Zadawane początkowo proszki narkotyczne uspokajały nieco bóle, lecz wymioty zupełnie nie ustawały mimo wlewań Hegarowskich i wypompowania żołądka. Ostatni środek wprawdzie usunął raz wymioty prawie na cały dzień i sprawił, że chora niby lepiéj się czuła. Mimo to pokazały się w piątek rano wymioty kałowe, a przy-

wołany do narady Dr. Szczypiński energicznie doradzał wykonania operacyi, na co też zgodził się i lekarz domowy Dr. Hirschfeld. W sobotę popołudniu widziałem chorą zawezwany do jéj pomieszkania znajdującego się w miasteczku, odległém o 5 mil od méj siedziby.

Badanie dnia 16/10 1886 r. wykazało u kobiety średniego wzrostu i dość dobréj tuszy brzuch znacznie wzdęty, wyraz twarzy wystraszony, rysy nieco zapadłe, cera żółtawa; tętno przyspieszone, ciepłota 37,0°C. Badając ściśléj brzuch przekonaliśmy się, że wzdęcie zależy od guza stałego znajdującego się w dolnéj części jamy brzusznéj i sięgającego aż nieco powyżéj pępka, (macica zapłodniona), niemniéj także od wzdęcia jelit samych. Prócz tego wymacać jeszcze można było, posilkując się obiema rękami, osobny guz po prawéj stronie i u góry w jamie brzusznéj wielkości dwóch pięści, elastyczny, o gładkiéj powierzchni; granic jego wszakże z zupełną ścisłością oznaczyć nie można w skutek napięcia ścian brzusznych; odgłos ponad tym guzem bębnisty. Prawy bok żywota widocznie bardziéj wypuklony niż reszta. Płuca, serce i wątroba okazują się w prawidłowym stanie; w moczu nie ma białka.

Rozpoznać w obecnym przypadku mogliśmy z niezwykłą ścisłością i pewnością, bo nietylko oznaczyć mogliśmy, że chodzi tu o zaciśnięcie jelita najprawdopodobniéj przez taśmę wrzekomą, ale nawet wskazać mogliśmy miejsce, w którém należało się spodziewać zaciśnięcia. Mając na uwadze powtarzające się od czasu do czasu i kilka dni trwające bóle w okolicy guza przypuszczać mogliśmy, że wówczas przystąpiły miejscowe zapalenia otrzewny pokrywającéj guz, w skutek czego wytworzyły się zrosty, a z nich taśma wrzekoma, pod którą obecnie uwięzło jelito. Do tego przyczynić się także mogło powiększenie zapłodnionéj macicy.

Wyjaśniwszy sobie w ten sposób istotę cierpienia mieliśmy wszelkie prawo zgodnie z obecnymi kolegami usilnie zalecać choréj operacyję i mimo równocześnie istniejącéj ciąży przepowiedzieć najprawdopodobniéj dobry wynik operacyi. Poleciliśmy więc bezzwłoczne przewiezienie choréj do naszéj kliniki, chociaż tego dnia objawy nie były tak bardzo burzliwe, a mianowicie wymioty kałowe raz tylko się pojawiły.

Po przewiezieniu choréj w nocy z soboty na niedzielę przystąpiliśmy w niedzielę rano, d. 17/10 1886, do laparotomii przygotowawszy poprzednio w zwykły u nas sposób pokój przeznaczony do operacyi.

Operacyję wykonałem w następujący sposób: cięcie poprowadziłem w smudze białéj rozpoczynając je na 3 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego i kończąc poniżéj pępka. Ze względu na domniemane siedlisko zaciśnięcia okoliłem pępek ku prawéj stronie, a nie, jak zwykle, ku lewéj. Jelita wzdęte wypychają się przez ranę; wypadnięciu ich atoli zapobiega asystent przytrzymując je kompresami z gazy sublimatowéj. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj znalazłem natychmiast w domniemaném miejscu mocną taśmę szerokości małego palca silnie napiętą. Przebiegała od wewnętrznéj powierzchni prawego boku poniżéj wątroby w poprzek przez jamę brzuszną i w głąb ku środkowi blisko kręgosłupa, gdzie się we wśródjeliciu gubiła. Pod nią leżała uciśnięta pętla jelita cienkiego. Po podwójném podwiązaniu taśmy i przecięciu jéj pomiędzy podwiązkami wyciągnąłem pętlę, a przekonawszy się, że ucisk wywołał wprawdzie bruzdy w jelicie, lecz że ściany jelita pozostały zdrowe, odprowadziłem pętlę napowrót do jamy brzusznéj wyrównawszy poprzednio przez łagodny ucisk bruzdy wyciśnięte na jelicie. Przesuwając treść jelita przez miejsce zaciśnienia przekonałem się jeszcze o powrocie drożności, na co też wskazywało zmniejszone wzdęcie jelita. Następnie wprowadziłem jeszcze raz rękę do jamy brzusznéj, żeby się przekonać, czy nie ma może gdzieindziéj jeszcze drugiego zaciśnięcia, a nie odkrywszy nigdzie żadnéj przeszkody skierowałem swą uwagę na guz w prawém podżebrzu. Należał on do prawéj nerki, która była więcéj niż w dwójnasób powiększona. W końcu zaszyliśmy jamę brzuszną łącząc brzegi rany głębokiemi, otrzewnę zachwytującemi szwami naodmian z powierzchownemi z jedwabiu i założyliśmy uciskający opatrunek przeciwgnilny z gazy i waty sublimatowéj.

Przebieg pooperacyjny nie był niczém zaburzony i zupełnie bezgorączkowy; najwyższa ciepłota dochodzi raz do 37,6°C. Bóle w żywocie zupełnie ustały i wymioty więcéj się już nie pojawiły. 5go dnia po operacyi nastąpiło obfite wypróżnienie, poczém brzuch zupełnie sklęsł. W 8 dni po operacyi zmieniliśmy opatrunek, żeby szwy zdjąć; cała rana była wtedy już zagojona, a w 2 tygodnie po operacyi opuściła chora zakład zupełnie wyleczona, zaopatrzona opaską naokoło brzucha.

Przypadek ten z kilku przyczyn jest nadzwyczaj ciekawy. Najprzód przedstawił on tak wybitny i typowy obraz, że nietylko nie sprawiało żadnéj trudności rozpoznanie cierpienia i jego istoty, ale nawet miejsce zaciśnięcia było można z wielkiém prawdopodobieństwem odgadnąć, co, jak wiadomo, nie zawsze się zdarza. Przeciwnie, niepewność w dokładniejszém rozpoznaniu nieraz przyczynia się do niepewności w leczeniu i zwleczenia laparotomii, jedynie w takich przypadkach chorego uratować mogącéj. Niepewność też ta skłania często do podejmowania nibyto łagodniejszych, lecz też często zawodzących, środków, do czego jeszcze na końcu naszéj pracy po przedstawieniu wszystkich przypadków powrócimy, oceniając enterotomiję i laparotomiję. Jasnemu i nawet co do szczegółów pewnemu rozpoznaniu zawdzięczamy śmiałe i pewne polecenie wczesnéj operacyi, na którą chora dzięki energicznemu poparciu kolegów ordynujących po krótkim namyśle się zgodziła, mimo że objawy jeszcze nie były zbyt burzliwe i dokuczliwe i mimo, że w ostatnim dniu po wypompowaniu żołądka stały się znośniejsze. To też już na tém miejscu wspomnę o wielkiém niebezpieczeństwie nibyto niewinnego rękoczynu, który Kussmaul w obec niedrożności jelit zalecał, to jest wypompowania żołądka. Podług mego zdania wypompowanie to nieraz bardzo jest szkodliwe, nie tyle jako operacyja, lecz jako środek, który przez złagodzenie dokuczliwych objawów zasłonić może niebezpieczeństwo nietylko przed oczami chorego ale i jego lekarza. Jedno i drugie może się stać równie zgubném, bo znaną jest powszechnie wielka obawa chorych przed nożem w ogóle, a przed rozcięciem brzucha w szczególności, tak iż potrzeba rzeczywiście tak dokuczliwych bólów, jakie występują w zaciśnięciu jelit, aby chorego nakłonić do przyzwolenia na zbawienną operacyję. I u lekarzy niektórych obawa przed niebezpieczeństwem laparotomii nie jest mniejszą; tacy koledzy zwlekać zwykli operacyję aż do ostatniéj chwili, gdy śmiertelny wynik jest już do przewidzenia. Dla niejednego wypompowanie żołądka dające ulgę i chwilowe polepszenie choremu będzie zawsze nader cennym środkiem leczniczym, niestety na niekorzyść chorych. Można śmiało twierdzić, że wszyscy ci chorzy, których ocalono przez wypompowanie żołądka, byliby również wyzdrowieli i po laparotomii wcześnie podjętéj; byłyto przypadki łagodniejsze. Trudniejsze przypadki nigdy się nie wyleczą przez samo wypompowanie żołądka. Ogół więc chorych

ostatecznie przez ten środek nic nie zyskał. Przypadki bowiem, które zakończyły się śmiercią, po wypompowaniu żołądka, a w których laparotomiję bądź za późno wykonano, bądź też zupełnie pominięto, temu postępowaniu zły swój wynik zawdzięczają. Potępić więc tylko mogę rękoczyn ten, a tylko w rzadkich bardzo wyjątkach jego użyteczność przyznaję. Do takich wyjątków zaliczam łagodniejsze przypadki lub przypadki z niepewném rozpoznaniem, w których w pierwszym lub w pierwszych dwóch dniach możnaby tego środka spróbować. Na szczęście dla naszéj choréj koledzy pierwotnie ją leczący mieli większe zaufanie do laparotomii, niż zwykle to bywa. Temu przypisać mogę ocalenie choréj, bo powikłania w tym przypadku były dość poważne. Nie mówię już o guzie prawéj nerki, ale ciąża tak daleko posunięta nietylko utrudniać mogła operacyję, odszukanie zaciśnięcia i odprowadzenie wypadłych jelit, ale wzbudzała też obawę, czy nie pogorszy znacznie rokowania przez możliwe poronienie. Na szczęście nic podobnego nie nastąpiło, ani nie zdarzyły się najmniejsze zaburzenia w przebiegu pooperacyjnym. Przeciwnie dowiaduje się od Dra Hirschfelda, że chora w należytym czasie powiła nieżywe dziecko i połóg prawidłowo odbyła. Cierpi obecnie tylko na obrzęk prawéj odnogi dolnéj, co pozostaje prawdopodobnie w związku z guzem w podżebrzu prawém.

Przypadek nasz dowodzi, że chorych bez szkody można przewieźć nawet daleko, aby w należycie urządzonym zakładzie wykonać laparotomiję, jeżeli warunki w pomieszkaniu chorych nie są zbyt korzystne i odwiedzanie ich niedogodne na co już Obaliński zwracał uwagę, a co w danym razie może być wielkiéj wagi. (C. d. n.)

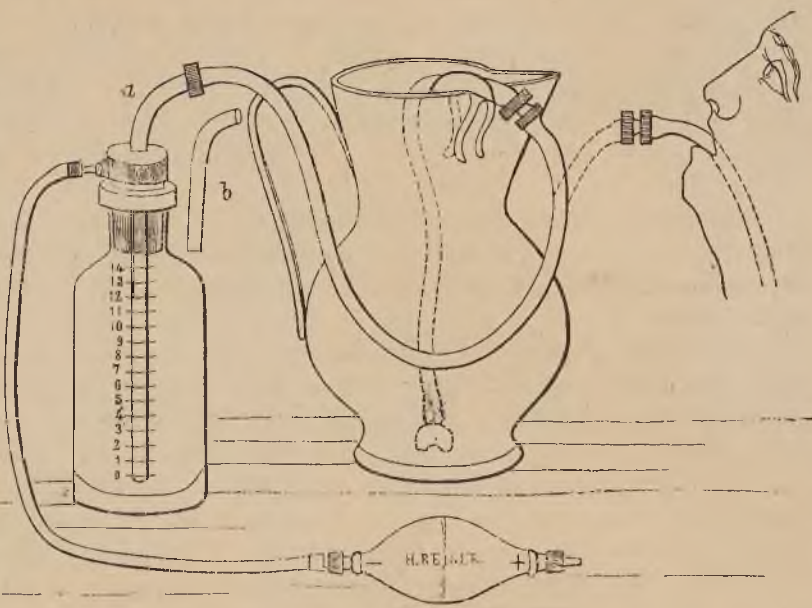
II. Pompa aspiracyjna żołądkowa, zastosowana do celów leczniczych i rozpoznawczych.

Podał

Dr. J. Czyrniański w Wiedniu.

Do praktycznego wykonywania metody mechanicznego leczenia chorób żołądkowych podawano z biegiem czasu różne przyrządy, polegające albo na zasadzie pompy, albo też na zasadzie lewaru. Nie da się jednak zaprzeczyć, że obie te zasady mechaniczne okazały się nieodpowiedniemi w tém swojém zastósowaniu. Działanie pomp żołądkowych w ogólności jest niekiedy wprost niebezpieczném, działanie zaś lewarów, szczególniéj dla całkowitego opróżnienia żołądka, jak wiadomo, niedostateczném. Dla tego podjęto w ostatnich czasach myśl zużytkowania metody aspiracyjnéj, która polega na tém, że siła ssąca nie działa wprost na treść żołądka, lecz za pośrednictwem naczynia, służącego zarazem za odbieralnik dla treści, a w którém poprzednio powietrze rozrzedzono.

Jaworski podał na téj zasadzie zbudowany przyrząd, w którym siły ssącéj dostarcza urządzenie tego rodzaju, że z wysoko stojącéj butli wypływa woda dolną tubulaturą przez rurkę sięgającą do dna i upływając do podstawionego naczynia wysokim słupem, przez opróżnianie jéj stopniowe rozrzedza w butli powietrze. Butla połączona z flaszką za pomocą rurki gumowéj udziela, że tak powiem, téjże rozrzedzenia. To całe urządzenie zastępuje w moim przyrządzie balonik kauczukowy z dwoma wentylami stożkowemi. W miarę



zastosowania balonika ujemnym lub dodatnim końcem (— + na rysunku) działa balonik jako pompa rozrzedzająca albo zgęszczająca powietrze we flaszce. Siła ssąca nie przekracza 120mm. rtęci. Drugą częścią przyrządu jest flaszka odpowiednio urządzona, trzecią zaś cewnik żołądkowy wraz z dwiema rurami pomocniczemi. Dzban służy jako zbiornik na wodę. Flaszka ma grube wklęsłe dno, aby nie była wywrotną, jest kalibrowana, i ma urządzenie niejako syfonowe, gdyż rurka *a* połączona z cewnikiem sięga do dna naczynia. Rurka *b* dodana jest do przyrządu i można ją założyć na miejsce rurki *a*, w razie, kiedy przyrządu chcemy użyć wyłącznie jako aspiratora. Pomiędzy flaszką a cewnikiem widzimy na rysunku rurę gumową, za pomocą któréj można flaszkę połączyć z dzbanem lub też z żołądkiem. Z dzbanem łączy się flaszkę za pomocą rurki gumowéj, zwisającéj do jego wnętrza i przytwierdzonéj do jego brzegu za pomocą odpowiedniego imadła metalowego. Cewnik, którego końca żołądkowego nie widać na rysunku, ma obok naturalnego swego ujścia nisko umieszczone okno a nadto znaczek przy 45 centimetrach. Zastósowanie przyrządu jest dość proste. Cały zabieg polega na ustawieniu odpowiedniém przyrządu i chorego, niemniéj na zmienianiu połączeń: raz ze dzbanem, drugi raz z cewnikiem, wreszcie na przekładaniu balonika raz końcem — drugi raz + ku flaszce.

Przy rozstrzeni żołądka można na początku zabiegu wypróżnić żołądek z większéj części zaległéj treści. Potém wymywa się go w sposób następujący: czerpie się letnią wodę z dzbana przy ustawieniu rury łącznéj i balonika jak to w rysunku uwidocznione. Następnie obraca się balonik na + i zarazem zmienia się łączną rurkę, jak to punktacyja wskazuje. Teraz wpędza się dość łagodnie wodę do żołądka a w następnéj chwili obróciwszy znów balonik na znak — wydobywa się, pompując ciągle balonikiem, wodę zanieczyszczoną przez treść do flaszki. Z flaszki odlewa ją się po prostu, zdjąwszy wprzód zatyczkę. To postępowanie powtarza się kilka razy, lecz po 5—6 razach cel prawie zawsze jest osiągnięty, t. j. woda wraca z żołądka całkiem czysta. Wtedy zwrócić trzeba pewną staranność ku całkowitemu opróżnieniu żołądka z resztek wody, co znów głównie przy rozstrzeni jest rzeczą dość ważną a osiąga się zmieniając położenie cewnika.

III. Krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

Podał
Dr. Jan Prus,
II asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

Według obecnego stanu nauki uważać musimy cholerę jako chorobę przewodu pokarmowego, wywołaną prątkami przecinkowemi Kocha, a zapatrywanie to popierają następujące dowody:

I. Prątek przecinkowy Kocha jest jedynym prątkiem, jaki dotychczas stale napotkano w kale osób chorych na cholerę. Fakt ten jest już tak niewątpliwie stwierdzonym, że wykazanie obecności prątków przecinkowych Kocha w stolcach osób chorych służy jako niechybny sposób do rozpoznania cholery. Wszystkie inne dotychczas znane prątki, mające postać przecinka, nie mają żadnego związku z cholerą a różnią się od prątków przecinkowych nietylko swém wejrzeniem, ale także, co najważniejsza, zachowaniem się w sztucznych hodowlach. Ilość znanych mikrobów przecinkowych nie jest w ogole znaczną. I tak prątki, mające kształt przecinka, wykryli Clark, Miller i Levis w jamie ustnéj, Deneke w serze, a Finkler i Prior w kale osób chorych na cholerę swojską. Nadto znaleziono podobne prątki w upławach białych, w *sebum praeputiale* i w wodach stojących. W wodach marsylijskich wykryli Nicati i Rietsch prątki przecinkowe, które nawet w hodowlach podobnie się zachowywały, jak prątki przecinkowe Kocha, różniąc się od nich tylko tém, że żelatyna pod ich wpływem szybciéj się rozpływa i że nie rosły na wilgotném płótnie. W soku ogórkowym znalazłem oprócz innych mikrobów także liczne prątki przecinkowe, z których niektóre, mając oba końce ścieńczałe, przypominały więcéj kształt półksiężyca, niż przecinka. Hodowla tych prątków nie powiodła mi się wcale ani na żelatynie, ani na agarze.

O tak zwanych neapolitańskich prątkach cholerycznych Emmericha wystarczy nadmienić, że takowe z powodu licznych błędów, jakie popełniono w ich przedstawieniu i hodowaniu, nie zasługują wcale na bliższe uwzględnienie i nie mają żadnego znaczenia dla powstawania cholery.

II. Następnego dowodu, że prątki przecinkowe Kocha są przyczyną cholery, dostarczyły doświadczenia wykonane na zwierzętach. Wprawdzie karmienie zwierząt tak kałem osób cholerycznych, jakotéż czystemi hodowlami prątka przecinkowego nie sprowadziło u nich wcale cholery, fakt ten jednak wytłumaczono należycie okolicznością, że kwas solny, znajdujący się w żołądku zwierząt, zniszczył prątki. Natomiast po zobojętnieniu treści żołądkowéj węglanem sodowym lub po wstrzyknięciu prątków wprost do dwunastnicy zwierząt występowały objawy podobne do objawów cholery.

IIIci dowód polega na spostrzeżeniu, że u ludzi po spożyciu prątków przecinkowych Kocha wystąpiła w kilku przypadkach cholera. Pierwszy słynny w tym względzie przypadek zdarzył się w Berlinie a dotyczył lekarza uczęszczającego na kurs bakteryjologiczny Kocha w państwowym urzędzie zdrowia. Zważywszy, że lekarz ten nie pochodził wcale z okolic dotkniętych cholerą, należy przypuścić stanowczo, że zakażenie nastąpiło jedynie tylko przez prątki przecinkowe Kocha, które przez nieostrożność lekarza do ust jego się dostały. Forma choroby była dosyć łagodna, a mimo to wykazano obecność prątków przecinkowych Kocha w kale. Drugi przypadek, który atoli śmiercią się zakończył, dotyczył posługacza w laboratoryjum bakteryjologiczném prof. Cecicgo w Genui. Jako inny dowód przytoczyć można nadto tę okoliczność, że praczki, mające do czynienia z bielizną osób chorych na cholerę, bardzo często dostają cholery, jak niemniéj, że picie wody, zakażonéj prątkami przecinkowemi Kocha, sprowadza cholerę. Fakt zaś, że Bochefontaine zjadał prątki przecinkowe Kocha bez najmniejszéj dla siebie szkody, wskazuje tylko na to, że sok żołądkowy działać musiał u niego dostatecznie zabójczo na prątki choleryczne.

IV. Spostrzeżenia odnoszące się do zaraźliwości i rozszerzania się cholery zostają w najpiękniejszym związku z własnościami bijologicznemi prątka przecinkowego Kocha a mianowicie:

1. Hodowle prątka przecinkowego rozmnażają się w pierwszych 24 godzinach bardzo prędko, atoli już po 2 lub 3ch dniach zaczynają prątki obumierać a w ich miejsce pojawiają się prątki gnilne. Cholera rozwija się już w kilka dni po zarażeniu się i przebiega nadzwyczaj szybko kończąc się już to śmiercią, już téż wyzdrowieniem chorego.

2. Prątki przecinkowe rozwijają się najlepiéj w ciepłocie 30—40°C., niżéj 16°C. nie rozwijają się wcale, ale nawet ciepłota —10°C. nie jest jeszcze w stanie pozbawić prątków ich żywotności. Cholera grasuje najsilniéj zwykle w porze letniéj, wygasa w czasie zimy, aczkolwiek z wiosną szerzyć się może daléj ze świeżém nasileniem.

3. Prątki przecinkowe znajdują się tylko w jelitach i treści jelit. Jad choleryczny znajduje się tylko w kale (czasem w wymiocinach) osób chorych na cholerę a cholera bywa zawleczoną tylko za pośrednictwem kału.

4. Prątki przecinkowe nie mogą się rozwijać w obec kwasów, aczkolwiek dodać należy, że nie wszystkie kwasy w równym stopniu zabójczo na nie działają. Cholera nagabuje zwykle osoby chore na żołądek lub ludzi, którzy się dopuścili błędu dyjetetycznego; znaczna część ludzi pozostaje wolną od cholery w czasie każdéj epidemii.

5. Zasuszenie trzygodzinne zabija prątki przecinkowe. Cholera nie szerzy się za pośrednictwem suchych przedmiotów.

6. Prątki przecinkowe Kocha wykazano tylko w wodzie w Indyjach. Cholera jest endemiczną w Indyjach, a mianowicie w delcie Gangesu i ztamtąd zostaje zawleczoną do innych krajów.

7. Prątki przecinkowe potrzebują do swego rozwoju dobréj pożywki, a w tym razie zachować mogą swą żywotność przez dłuższy czas i tak: na agarze 7—9 miesięcy, w wodzie studziennéj 30 dni, w kloakach 7 dni, w kale 10 dni, w wilgotnéj ziemi 14—16 dni, w wodzie destylowanéj natomiast obumierają już po 12 godzinach z powodu braku pożywienia. Cholera rozwija się tylko na gruncie odpowiednim, a mianowicie dostatecznie wilgotnym i przepełnionym istotami butwiejącemi, nie rozwijają się zaś na gruncie suchym, skalistym.

Z zestawienia tego okazuje się, że cholera szerzyć się może w ogóle dwojaką drogą: 1) albo wprost z osoby na osobę za pośrednictwem kału albo też 2) pośrednio przez wodę, ziemię itp., do któréj dostały się prątki przecinkowe Kocha. Jacquot podaje, że powstają odmienne nieco objawy chorobowe zależnie od tego, jaką drogą nastąpiło zarażenie się jadem cholerycznym. I tak, jeżeli cholera rozwinęła się za pośrednictwem wody lub ziemi, to poprzedzają właściwy wybuch cholery zaburzenia w trawieniu, biegunka, choleryna, itp., gdy tymczasem w pierwotnym przypadku, to jest gdy zarażenie nastąpiło wprost z osoby na osobę, brak jest po-

dobnych zwiastunów. Zważywszy, że choroby zakaźne, które się szerzą wprost z osoby na osobę, nazywamy chorobami zakaźnemi przyrzutowemi *(m. contagiosus)*, orzec musimy, że cholera jest do pewnego stopnia chorobą zakaźną przyrzutową, chociaż stopień zaraźliwości cholery jest z natury rzeczy o wiele mniejszy niż np. duru plamistego, jad bowiem choleryczny znajduje się tylko w kale lub także co najwięcéj, w wymiocinach, a nie znajduje się wcale we krwi, w powietrzu, w pocie itp., podczas gdy jad durowy mieści się w powietrzu wydechaném przez chorego. W przeciwstawieniu do chorób przyrzutowych rozróżniono choroby zaduchowe *(m. miasmaticus)*, cechujące się tém, że jad chorobowy wytworzonym zostaje w ziemi niezależnie od ustroju chorego. Tu zaliczono: zimnicę, ostry gościec stawowy, zapalenie płuc, zapalenie wrzodziejące śródsierdzia, *osteomyelitis* itp. Cholera ma te cechy wspólne z chorobami zaduchowemi, że jad swoisty cholery rozwijać się także może w ziemi, różni się jednak od nich tém, że jad powstaje na zewnątrz ustroju tylko wtedy, jeżeli ustrój chory dostarczy ziemi zarodników chorobotwórczych. Zważywszy więc, że cholera ma w części cechy właściwe chorobom przyrzutowym a w części chorobom zaduchowym, nazwano cholerę chorobą przyrzutowo-zaduchową i postawiono ją w rzędzie chorób, do których zaliczamy: dur brzuszny, czerwonkę, febrę żółtą, zarazę morową i zapalenie opon mózgowych nagminne.

Nie wszyscy jednak trzymają się tego podziału chorób zakaźnych (Liebermeister przyjmuje ten podział jeszcze w swém dziele „szczególowéj patologii i terapii, 1885) i to nietylko co do cholery ale i innych chorób, jak np. róży, którą jedni zaliczają do chorób przyrzutowych, inni zaś do chorób przyrzutowo-zaduchowych. Pettenkofer rozdzielił choroby zaduchowe na dwa działy, a mianowicie na choroby, dające się zawlec w inne miejscowości i na niedające się zawlec. Do pierwszych zaliczył cholerę, a do drugich zimnicę. Pettenkofer wyobraża sobie, że jad choleryczny, będący czystym zaduchem, może się uczepić powierzchni ciała lub sukien człowieka i w ten sposób może być przeniesionym na inną ziemię, w któréj rozwija się i dopiero w ziemi działa zakażająco na całą okolicę. Jeżeli człowiek ten, który przyniósł z sobą zarazek choleryczny, również ulega chorobie w okolicy świeżo zakażonéj, to z tego, zdaniem Pettenkofera, nie można wysnuwać wniosku, jakoby cholera była chorobą przyrzutową, gdyż człowiek, będący pośrednikiem zarazy, jak niemniéj i inni jego współmieszkańcy nie zostali zarażeni tym jadem, jaki się w jego sukniach ukrywał, lecz dopiero tym jadem, który w ziemi się rozwinął i zakaził całą okolicę.

Rossbach (*Ziemssens Handbuch der speciell. Pathol. u. Ther.*, 3cie wydanie, II tom, II część) podał nam inny podział chorób zakaźnych wyszedłszy z założenia, że jad wszystkich chorób zakaźnych bez wyjątku przeszczepiony jużto w sposób naturalny, jużtéż sztuczny z ustroju chorego na ustrój zdrowy, będący zdolnym do przyjęcia téj choroby, wywołuje swoistą chorobę. Z tego więc względu mogą być wszystkie choroby zakaźne na drodze przyrzutu przeniesione. Wszystkie zarazki mogą żyć i rozwijać się przez jakiś czas poza ustrojem w odpowiednich warunkach i pożywkach, większa jednak część tych zarazków ginie rychło poza ustrojem a tylko mniejsza ich część posiada zdolność rozwijania się w ziemi, w wodzie itp. Zarazki ginące rychło poza ustrojem nazywa Rossbach „grzybkami rozwijającemi się w ustroju (*Körperpilze*)“ a zarazki mogące się przez czas dłuższy rozwijać w ziemi nazywa „grzybkami rozwijającemi się w ustroju i w ziemi (*Boden-Körperpilze*)“. Pierwsze są właściwe chorobom tak zwanym przyrzutowym, a drugie są przyczyną chorób zwanych dawniéj chorobami przyrzutowo-zaduchowemi. Z tego podziału widzimy, że Rossbach wyklucza możebność istnienia chorób czysto zaduchowych. Drugi rodzaj grzybków (*Bodenkörperpilze*) dzieli daléj Rossbach na dwie grupy. Do pierwszéj grupy zalicza te grzybki, które żyją przeważnie w ustroju ludzkim a w ziemi tylko chwilowo przebywają (*Körperentsprossene Bodenkörperpilze*). Tu należy jad wąglikowy i durowy. W drugiéj zaś grupie umieszcza te grzybki, które przeważnie w ziemi się rozwijają a w ustroju ludzkim znajdują się tylko chwilowo (*Bodenentsprossene Bodenkörperpilze*). Te ostatnie dzieli wreszcie Rossbach na grzybki, nie dające się zawlec z jednéj okolicy do innego miejsca (jad zimniczy) i na grzybki, dające się zawlec do innych okolic (jad choleryczny). Według tego więc określenia uważa Rossbach cholerę jako chorobę polegającą na jadzie, rozwijającym się przeważnie w ziemi, i dającym się zawlec w inne miejscowości. Ten podział chorób zakaźnych nie wytrzymuje jednak ściśléj krytyki. Pomijając już bardzo względne granice pomiędzy różnemi poddziałami chorób, chcę tylko nadmienić, że zasadnicze rozróżnianie zarazków na zarazki dające i niedające się zawlec zostaje w sprzeczności z faktem, stwierdzonym przez Laverana, że zimnicę zawleczono na wyspy Mauritius i Reunion. Jakkolwiek zresztą dokładne określenie stanowiska, jakie zajmuje cholera w poczcie chorób zakaźnych, jest rzeczą bardzo pożądaną, to przecież dla nas ma niewątpliwie donioślejsze znaczenie bliższe poznanie wszystkich czynników, które wywierają korzystny lub niekorzystny wpływ na rozwój cholery. Zastanówmy się więc dokładniéj nad drogami, jakiemi się szerzy cholera.

Mając dobrze w pamięci bijologiję prątka przecinkowego Kocha nie trudno nam będzie przyjść do przekonania, że czynniki poboczne mające wpływ na szerzenie się cholery a określone pod mianem: dyspozycyi miejscowéj, czasowéj i indywidualnéj, nie są niczém innem, jak tylko właśnie co wyliczonemi okolicznościami sprzyjającemi a względnie wstrzymującemi rozwój prątków cholerycznych. Ze względu, że kwestyja ta jest wielkiéj wagi i że przez długi czas była przedmiotem licznych dyskusyj i walk naukowych, pozwolę sobie choć pokrótce rzecz tę przedstawić.

Przez dyspozycyję miejscową rozumiemy pewną właściwość gruntu, która sprzyja rozwojowi jadu cholerycznego. Gruntem takim jest grunt wilgotny, dziurkowaty, zanieczyszczony istotami organicznemi butwiejącemi, jak np. ziemia piaszczysta, wilgotna a w ogóle pokład aluwialny i tryjasowy. Przeciwnie grunt skalisty, obfitujący zwłaszcza w pokłady granitu lub grunt z jednéj strony bardzo suchy lub z drugiéj strony zupełnie bagnisty, pod wodą stojący, jest dla rozwoju grzybków cholerycznych nieprzydatny. Na wilgotność ziemi wpływają nietylko deszcze ale także wahania wody zaskórnéj, a mianowicie opadanie jéj poziomu.

Dyspozycyją czasową nazwano wpływ różnych pór roku i klimatu na przebieg epidemii cholerycznéj. Jak wiadomo, cholera panuje najczęściéj w miesiącach letnich a w zimie wygasa. Znane są jednak srogie nawet epidemije, które szerzyły się w czasie bardzo ostréj zimy, jak np. w Moskwie w roku 1830/1 wśród mrozów — 30°C., a w Norwegii panowała cholera w czasie takiego zimna, pod wpływem którego rtęć marznie. Zważywszy, że prątki przecinkowe nie mogą się rozwijać w ziemi wśród takiego zimna, musimy orzec stanowczo, że te epidemije zimowe szerzyły się tylko drogą przy-

rzutu, to jest, że choroba przenosiła się z osoby na osobę za pośrednictwem przedmiotów kałem zanieczyszczonych. Stosunki meteorologiczne (wiatr, deszcz, burze), jak niemniéj ilość ozonu, kwasu węglowego, elektryczności itp. w powietrzu nie mają wpływu na szerzenie się cholery.

Usposobienie indywidualne stanowią wszystkie czynniki, tyczące się sposobu życia i rozwoju poszczególnych osobników. Cholera szerzy się głównie między ludnością biedną, odznaczającą się brakiem czystości swéj odzieży, mieszkań itp. Zanieczyszczenie rąk i potraw kałem osób dotkniętych cholerą jest jedną z najczęstszych przyczyn zarażenia się. Skłonniejszym do przyjęcia zarazka cholerycznego czyni wszelkie osłabienie organizmu wynikłe czy to skutkiem długotrwałéj choroby, czy też skutkiem nadmiernéj pracy, głodu błędów dyjetetycznych, czy też wreszcie skutkiem trosk lub trwogi, natomiast osoby zdrowe z dostateczną kwasotą soku żołądkowego nie podlegają prawie nigdy cholerze. Kobiety, zapadają w ogóle częściéj na cholerę, a pochodzi to ztąd, że zazwyczaj większą mają styczność z powalaną bielizną chorych, niż mężczyźni. Cholera nie szczędzi żadnego wieku, jednak biorąc średnio, wiek między 10 a 20 rokiem życia bywa najwięcéj odpornym przeciw cholerze. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby nerwowe.

Prof. Dr. Adamkiewicz: **Stwardnienie rozsiane rdzenia pacierzowego.**

Według dzisiejszego pojęcia uważa się stwardnienie rozsiane za sprawę zapalną toczącą się w tkance neurogliowéj mózgu i rdzenia pacierzowego i występującą w ogniskach nieregularnych. Według Charcota każde takie ognisko składać się ma wewnątrz z tkanki łącznéj (zapalnéj), otoczonéj tkanką neurogliową zawierającą zanikłe nerwy. Rindfleisch sądzi, że śródmiąższowa sprawa bujania wychodzi z naczyń, w szczególności z warstwy zewnętrznéj. Pojęcia te przyswajamy sobie na drodze metod barwienia jąder (*karmin, hematoksylina*), które dają tylko wyobrażenie o zachowaniu się jąder w tkance śródmiąższowéj, a co najwięcéj i włókienek osiowych. Zachowanie się jednak istoty nerwowéj, w szczególności istoty rdzennéj, uszło w ten sposób zupełnie uwagi. Aby brak ten wypełnić, potrzeba było nowych badań. Autor posługiwał się w tym celu nowemi metodami barwienia, które są w stanie wykazać także i osłonkę rdzenną nerwów. Takich metod posiadamy dwie, a mianowicie Weigerta za pomocą hematoksyliny i metoda safraninowa przez samego autora podana.

Do przedstawienia stosunków patologicznych w tkance nerwowéj nadaje się lepiéj metoda safraninowa, podczas gdy hematoksylinowa służyć może do badania prawidłowego uwłóknienia ośrodkowego układu nerwowego. Ta ostatnia bowiem barwi osłonkę rdzenną jednostajnie i to w całości, w skutek czego każde włókno nerwowe występuje bardzo wyraźnie. Safranina nietylko że barwi włókna nerwowe (pomarańczowo) i neuroglię (fioletowo) odmiennie, lecz wykazuje jeszcze właściwy składnik osłonki rdzennéj, t. j. istotę chromoleptyczną, któréj zachowanie się pozwala ściśle odróżniać stan fizyjologiczny od stanu patologicznego nerwu. W istocie chromoleptycznéj rozpoczyna się w pewnych przypadkach choroba i można ją rozpoznać po utracie własności barwienia się téj istoty. Jeżeli istota rdzenna i włókienka osiowe również w chorobie biorą udział, to zaraz można to rozpoznać po odmienném zachowaniu się tych części do safraniny, a jeżeli istota rdzenna zniknie zupełnie, pozostaje po barwieniu safraniną w tém miejscu białe, ostro od zdrowéj (pomarańczowo zabarwionéj) tkaniny odgraniczone miejsce (plama zwyrodnienia). Safranina zatém jest czułym odczynnikiem na zwyrodnienia. Przy badaniu stwardnienia rozsianego dała safranina następujące wyniki.

W mózgu okazują ogniska trzy okresy zwyrodnienia. Wszystkim trzem wspólnym jest zanik istoty nerwowéj i zachowanie neuroglii. W pierwszym okresie jest ta ostatnia zupełnie niezmienioną. W drugim rozwijają się w niéj i to zawsze od obwodu właściwe dotychczas mało znane składniki. W trzecim rozpoczyna się silne rozwijanie się naczyń, których ściany późniéj grubieją. Już z tego opisu wynika, że w stwardnieniu ogniskowém w mózgu pierwotnie sprawa wychodzi z nerwów, przechodzi na neuroglię i że naczynia nie stoją w żadnym związku z zanikiem nerwów.

W rdzeniu pacierzowym ma się rzecz w następujący sposób: Aby się w szczegółach nie gubić, opisuje A. typowy przypadek klinicznie jako stwardnienie rozsiane stwierdzony. (Chód spastyczny, drżenia przy ruchach zamierzonych, zawrót głowy, zmieniona mowa i t. d.). Już makroskopowo można odróżnić na rdzeniu miejsca najsilniejszém, średniém i najsłabszém zwyrodnieniem zajęte. Pierwsze znajdują się w dolnéj części piersiowéj i lędźwiowéj, ostatnie w części szyjnéj. W miejscach zupełnie zwyrodniałych istota chromoleptyczna znikła prawie zupełnie. Pozostały tylko bardzo małe jéj ślady, czasem tylko w wstępujących korzeniach. Ten z całą pewnością stwierdzony fakt dowodzi, że istota rdzenna miejscami za życia już może na całym przekroju rdzenia zniknąć. Chore części z rozpoczynającém zwyrodnieniem okazują ostro odrysowaną i właściwą konfiguracyję. Układają się ony we wszystkich trzech parach sznurów około istoty szaréj w sposób zupełnie ułożeniu części „chromoleptycznych“ odpowiedni. Że zaś części te są rzeczywiście zwyrodniałe, o tém przekonywa nietylko zanik istoty chromoleptycznéj, lecz także i równocześnie w nich wykazać się dające patologiczne zmiany neuroglii. Miejsca miernie zwyrodniałe swym kształtem pozwalają się domyślać, że wyszły z tych co dopiero opisanych części, gdyż rozprzestrzeniają się od nich odśrodkowo nieregularnie we wszystkich kierunkach (zatém także i do istoty szaréj). W innych przypadkach zwyrodnienie rozpoczyna się właśnie w częściach przybrzeżnych, pozostałych po odjęciu chromołept. części.

Badając zwyrodnienie najświeższe aż do najstarszego pod mikroskopem, przekonać się można, że w rozpoczynającém się zwyrodnieniu neuroglia jest zupełnie prawidłowa, a tylko nerwy są chore. Idąc od części zdrowéj w głąb zwyrodnienia widzi się, jak istota chromoleptyczna powoli zanika. Zanik ten występuje w chorych nerwach miejscami. Tu i tam są nerwy w obszarze zwyrodnienia żylakowato-zgrubiałe. Zgrubienie to dotyczy szczególnie istoty rdzennéj. Zgrubiała istota rdzenna nie barwi się już safraniną pomarańczowo, lecz wiśniowo-czerwono. Czasem, chociaż rzadko, napotyka się i włókienko osiowe zgrubiałe i ciemno-czerwono zabarwione, częściéj zaś zatrzymuje ono swoją prawidłową grubość i zabarwienie (fioletowe). W każdym razie znika ostatecznie osłonka rdzenna i pozostawia w siatce neurogliowéj otwór.

Gdy już tak nerwy z całych obszarów znikły, wtedy

zaczyna się i neuroglia zmieniać. Najpierw kurczy się i zapełnia otwory, a później dopiero buja. Wytwarzają się jednak tylko składniki neurogliowe. Zwykła tkanka łączna nie powstaje nigdy w ogniskach stwardniałych. W rdzeniu rozpoczyna się bujanie w dowolnych, lecz zawsze środkowo ułożonych punktach obszaru zwyrodniałego, a nie jak w stwardnieniu mózgowém obwodowo. Ponieważ około tych punktów rozrost nieregularnie się krystalizuje, to można było, stosując metody barwienia jąder, nabrać o ogniskach stwardniałych takiego wyobrażenia, jakie dotychczas istniało. Jak pouczają wyniki barwienia safraniną, która nietylko wyjście, lecz i początek całéj sprawy odsłoniła, rozchodzi się w stwardnieniu rozsianém o pierwotną chorobę nerwów, a dopiero wtórorzędną zmianę neuroglii. A mianowicie przebiega sprawa w następujący sposób:

Zwyrodnienie nerwów rozpoczyna się w obszarach chromoleptycznych, lub częściach przybrzeżnych i rozchodzi się ztąd odśrodkowo. Najpierw zanika istota rdzenna bez lub z poprzedniém zwyrodnieniem żyłakowém w formie małych plam. Włókienko osiowe zajęte zostaje dopiero późniéj i znika, lub téż twardnieje. Na końcu dopiero kurczy się i buja neuroglia. Te same zmiany znajdują się i w uwiądzie rdzenia pacierzowego, jak autor (*die Rückemarkschwindsucht, Toeplitz et Deuticke*) opisał, z tą tylko różnicą, że tam zwyrodnienie ogranicza się do obszarów chromoleptycznych sznurów tylnych. Zwyrodnienie to możnaby nazwać „pierwotném,“ a różni się od „wtórorzędnego“ w bardzo charakterystyczny sposób. Ostatnie przebiegają w systemach i są następstwem oddzielenia nerwów od ich odżywczych ośrodków, te zaś wychodzą z morfologicznie równorzędnych grup nerwowych, to jest z części chromoleptycznéj i polegają prawdopodobnie na ogólnych zaburzeniach odżywczych całego układu nerwowego. W zwyrodnieniu wtórorzędném zajętém bywa najpierw włókienko osiowe (*Homén*), a następnie dopiero osłonka rdzenna, w pierwotném rzecz się ma odwrotnie. Zmiany w neuroglii są w obu postaciach wtórorzędnemi i identycznemi. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1886, 51).

Dr. Momidłowski.

Laufenauer: O histeroepilepsyi u chłopców.

Opisując 4 przypadki choroby téj u chłopców zwraca L. uwagę na brak wybitnych objawów cechujących histeroepilepsyję u mężczyzn i kobiet, oraz u dzieci, i że u dzieci jedynie tylko widział przebieg mniéj typowy. Jak wiadomo przedstawia choroba ta u dorosłych 4 następujące okresy: epileptyczny, kontorsyj i nadmiernéj ruchliwości, t. zw. „*attitudes passionelles*“ *i delirium*, podczas gdy u dzieci występuje jeden lub dwa okresy. Gdy zatém wystąpi tylko sam okres epileptyczny, łatwo będzie uważać chorobę za zwykłą padaczkę. Jako objawy téj choroby wylicza: różnicę w szerokości źrenic, (lewa zazwyczaj bywa szersza), ścieśnienie pola widzenia obydwu ócz lub oka lewego; histeryczną *achro- i dyschromatopsyję* również oka lewego, punkty bolesne na głowie, ramionach, stawach lub mosznach, mające tę cechę wspólną, że bolą tak samo za uciskiem jak i bez niego, i że ucisk ich napad wywołuje albo powstrzymuje; nadczułość skóry ciała całego lub połowy, albo téż tylko pewnych ograniczonych miejsc; zwiększone odruchy mięśniowe i ścięgnowe: delirium treści przykréj, przerażającéj, z omamami wzroku i nadczułością słuchu. Rozeznanie téj choroby od epilepsyi ułatwia nietylko sam przebieg napadu, ale i inne objawy histeryi, jakotéż zachowanie chorego tuż po napadzie, mianowicie prędkie oprzytomnienie i zajęcie się zwykłą pracą, nadto wykonywanie ruchów łatwiejsze, żywsze i z pewną elegancyją, co po napadzie epileptycznym się nie przydarza Pod względem etyjologii uważa L. histeroepilepsyję u chłopców jako następstwo odziedziczonéj skłonności rodowéj, wpływy zaś szkodliwe, po których napady zwykle występują, uważa jako przyczynę przypadkową, wzniecającą takie napady. Co się tyczy leczenia uważa L. jako główny i pierwszy warunek odosobnienie dziecka od rodziny, podawanie leków wzmacniających organizm a głównie układ nerwowy, równoczesne elektryzowanie, mięsienie lub hidroterapiję, oraz zajęcie umysłowe i fizyczne. Twierdzi zarazem, że tylko takie ścisłe i konsekwentnie przeprowadzone leczenie odnosi zawsze pomyślny skutek. (*Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie u. gerichtliche Psychopathologie*). *Dr. Żuławski.*

Chirurgija.

Prof. Dr. Subbotin z Charkowa: **O drenie aspirującym.**

Autor zastanawiając się nad drenowaniem ran przychodzi do przekonania, że dreny są słabą stroną przeciwgnilnego sposobu leczenia ran, a to głównie z tego powodu, że gdy się ranę drenowaną za kilka dni otwiera, naraża się ją zawsze na zakażenie. Przy dużych jamach mocno ropiejących występuje jeszcze druga wada zwykłych drenów, mianowicie nie spełniają one dostatecznie swego zadania. Wiemy, że jamy takie należy często przestrzykiwać, a to w celu usunięcia nagromadzającéj się wydzieliny. Aby zapobiedz tym dwom niedogodnościom, a mianowicie częstemu zmienianiu opatrunków, a z drugiéj strony możliwemu zatrzymaniu się wydzieliny, wymyślił autor dren aspirujący, urządzony w następujący sposób. W otwór ropiejącéj jamy wprowadza się aż do dna zwykły dren odpowiedniéj grubości, zewnętrzny koniec tegoż wystaje na jakie 4 cale po za ranę i nie ma otworów bocznych. Dren w miejscu wejścia do rany otacza się wałeczkami z waty, które następnie przy pomocy czystego kollodium lub téż kollodium z kauczukiem hermetycznie wejście do rany zamykają. Za pomocą rurki szklanéj łączy się teraz dren z balonem kauczukowym, mającym dwie rurki, jednę dowodzącą, drugą odwodzącą, która się zatyka zwykłym kruczkiem. Za pomocą tego balonu można wszelką wydzielinę usunąć z rany bardzo wygodnie bez przystępu powietrza i przy zachowaniu antiseptyki. Aby powietrze, a wraz z niém zarodki zakaźne do wnętrza się nie dostały, zanurza się dolny koniec balonu podczas aspiracyi do jakiegoś roztworu przeciwgnilnego. Grubość ścian balonu aspirującego nie może być ani zbyt znaczną, ani zbyt małą; w pierwszym razie przy aspiracyi krew z ropą pokazać się może, w drugim zaś balon zupełnie aspirować nie będzie w stanie.

Drenów w ten sposób urządzonych używał autor z korzyścią przy znacznych zimnych ropniach, w przewlekłém zapaleniu torebek maziowych, w zapaleniu ropném opłucny i przy dużych ropiejących jamistych ranach. Korzyści tego postępowania według autora polegają na tém, że przedewszystkiém można zachować ścisłą antiseptykę nie zużywając tyle materyjałów opatrunkowych, jak przy zwykłém drenowaniu, powtóre, że wypompowanie treści jamy żadnych trudności nie przedstawia, tak, iż samemu choremu nawet można tę czynność powierzyć. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 6). *Dr. Sondermayer.*

Dr. Braatz z Libawy: **Szyna spiralna sporządzona z konopi przy typowém złamaniu dolnego końca kości sprychowéj.**

Autor wychodząc ze stanowiska, że zwykły opatrunek gipsowy przy złamaniu dolnego końca kości sprychowéj jest niedogodny z powodu, iż chory zupełnie przez cały czas le-

czenia nie może ruszać palcami, a mając przekonanie, że szyny gotowe dłoniowe, czy też grzbietowe nie są w stanie utrzymać odłamków w prawidłowém położeniu, stosuje w tém obrażeniu od dłuższego już czasu szynę z konopi, jednakże nie grzbietową, jaką pierwotnie Bechy podał, lecz szynę spiralną. Przy założeniu takiego opatrunku postępuje w następujący sposób. Pasmo konopi dobrze wymiędlonych wkłada się do niezbyt gęstéj papki (?) gipsowéj rozkładając przytém palcami włókna, aby w ten sposób konopie dokładnie gipsem przesiąkły. Następnie przeciąga się pasmo między palcem dużym a resztą palców, usuwa w ten sposób nadmierną ilość gipsu i tworzy giętką, na jakie dwa palce szeroką szynę. Teraz rozpoczyna się właściwe założenie opatrunku. Na jakie 3 palce poniżéj *olecranon* obejmuje się tą szyną najpierw kość łokciową od strony dłoniowéj, następnie prowadzi się spiralnie szynę po grzbiecie przedramienia ponad miejsce złamania na grzbiet ręki aż do nasady palców. Jeżeli pasmo jest za długie, to się albo zbyteczną resztę odcina, albo też zagina ku górze. W podobny sposób zakłada się jeszcze drugą, a w razie potrzeby i trzecią szynę tak, aby cały grzbiet ręki na całéj szerokości szyną był przykryty. Aby te dwa lub trzy pasma w jednę całość złączyć, naciera się je silnie dłonią ręki. Wreszcie bierze się chorą odnogę wraz z miękką jeszcze szyną w obie ręce i ustawiwszy odłamki w jak najprawidłowszém położeniu trzyma się tak długo, aż szyna zupełnie stwardnieje. W końcu umocowuje się szynę w ten sposób założoną opaską kalikotową i krochmalną. Opatrunek leży 8 do 10 dni, późniéj co tydzień zmiana opatrunku aż do wyleczenia. Ponieważ po pierwszym opatrunku z powodu zmniejszenia się obrzęku szyna zwykle niezupełnie dokładnie przylega, dla tego podkłada się pod nią przy następnych opatrunkach pasek filcowy. Szyna ta, jak widzimy, stanowi kombinacyję szyny dłoniowéj i grzbietowéj, a ma według autora tę zaletę, że ustalając dokładnie odłamki dozwala mimo to na ruchy palcami. Autor używa od dłuższego czasu téj szyny ze skutkiem dodatnim. *(Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 9). *Dr. Sondermayer.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

I. zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dn. 29 stycznia 1887.

Przewodniczący prof. Dr. Kadyi. Obecnych 21 członków.

Kol. Barącz przedstawił chorego operowanego z powodu *aktinomikozy* w szczęce dolnéj, okazując odpowiednie preparaty drobnowidowe. Chory ten miał do czynienia z końmi i z paszą tychże, co mogłoby stanowić moment etyjologiczny.

W dyskusyi zwłaszcza co do etyjologii zabierali głos: kol. Seifmann twierdząc, że zarazek znajduje się w powietrzu, a pasza ostra lub kłosy zbożowe przez ukłócie w tkaninę otwierają drogę dla zarazka. Choroba ta jest najczęstszą u bydła rogatego i u świń, rzadką u koni; ulubioném jéj siedliskiem jest język, szczęka dolna. Kol. Pisek niepewny, czy aktinomikoza ludzi i bydląt jest identyczném cierpieniem, zwłaszcza, że przeszczepienie z bydląt na ludzi raz tylko się udało, jak mu wiadomo z literatury. Kol. Szpilmanowi znane są liczniejsze udałe przeszczepienia. Wedle niego obserwowano pierwotną aktinomikozę i w organach wewnętrznych, jak w wątrobie, chociaż jéj na powierzchni organizmu nie było: a kol. Seifman dodaje, że choćby jedno tylko przeszczepienie, ale dodatnie, więcéj znaczy, niż kilkanaście ujemnych.

Kol. Barącz przedstawił chorego, u którego wydobył znaczne polipy włókniste noso-połykowe nowym sposobem Furneauxa Jordana z Birmingham. Szczegóły metody téj poda kol. B. w Przeglądzie Lekarskim. Preparat przedstawiający wydobyty nowotwór znacznych rozmiarów okazał również kol. Barącz.

Wedle kol. Schrama metoda ta nie przedstawia żadnych korzyści, a tylko niepotrzebnie oszpeca chorego. Kol. Mahl radzi polipy wycinać przez gardziel. Kol. Laskiewicz interpeluje prelegenta, dla czego nie robił bocznego cięcia z odpreparowaniem skrzydła nosowego; gdyż po takiém cięciu zostaje mniéj widoczna blizna. Kol. Barącz podaje, iż operując tą metodą miał znacznie ułatwiony dostęp do nowotworów.

Kol. Wiczkowski wypowiedział swój wykład „O istotach białkowatych w moczu ze stanowiska klinicznego.“ Prelegent na wstępie zapowiedział, że nie ma zamiaru przedstawić jakich nowych zdobyczy w tym kierunku; zebrał tylko istniejące dane co do oznaczenia jakościowego i ilościowego istot białkowatych w moczu i o ich znaczeniu dla celów lekarza praktykującego popierając te uwagi swojém w ciągu lat kilku zebraném doświadczeniem. W ten sposób omówił rzecz o białku surowiczém, hemoglobinie, globulinie, peptonie i włókniku w moczu.

Na zapytanie kol. Szpilmana, jaki sposób oznaczenia paroglobuliny i peptonu w moczu uważa prelegent za najlepszy, odpowiada kol. W., iż do oznaczenia jakościowego i ilościowego służy wysycony roczczyn siarkanu magnowego, do wykrycia zaś peptonu służy odczynnik: siarkan miedziowy z ługiem potasowym lub kwas fosforowolframowy naturalnie po oddzieleniu z roczczynu białka surowiczego. Kol. Laskiewicz dodaje do słów prelegenta o przyczynach białkomoczu, że zmarznięcie z następową albuminuryją mogłoby tłumaczyć częste przypadki zapalenia nerek po nagłém oziębieniu.

W końcu zapadła jednomyślna uchwała, aby członkowie Towarzystwa po posiedzeniach raczyli się zbierać w jednéj z restauracyj celem nawiązania bliższych serdecznych stosunków koleżeńskich. Sekretarz, *Dr. Wiczkowski.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 23 lutego 1887 r.

Przewodniczący kol. Mikulicz. Członków obecnych 22.

1. Odczytano pismo kol. Ściborowskiego, w którém tenże oświadcza, iż z przyczyn od siebie niezależnych czuje się zniewolonym złożyć przewodnictwo w Komisyi balneologicznéj. Uchwalono zgodnie z wnioskiem Komitetu Tow. wybrać Komisyję z 5 członków złożoną, któraby zajęła się przygotowaniem wyboru nowego prezesa i zastanowiła się, czy nie należałoby Komisyi balneologicznéj zlać w jednę z Komisyją przemysłową.

2. Kol. Adamkiewicz przedstawił dziewczynkę 9-letnią cierpiącą na alalię. Przez wykluczenie wszelkich spraw anatomicznych aparatów mowy doszedł prelegent do wniosku, że dziecko nie nauczyło się mówić, gdyż słyszy niedostatecznie. Przypadek więc ten dowodzi zależności rozwoju tak ważnéj funkcyi jak mowa od innéj, t. j. od słuchu. W dyskusyi brali udział koll. Rydel, Kopernicki, Korczyński i Schaitter.

3. Kol. Korczyński przedłożył wnioski Komisyi przemysłowéj dotyczące popierania imieniem Tow. lek. Wystawy krajowéj, w zakresie grupy noszącéj nazwę „Przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych“. Dwa z tych wniosków doraźnie uchwalono, dwa inne zaś odesłano do Komitetu Tow. lek. celem zastanowienia się nad niemi.

4. Kol. Górski miał zapowiedziany na poprzednie posiedzenia wykład o przypadkach wad ustrojowych u dzieci, które były operowane w klinice chirurgicznéj. W dyskusyi przemawiali koll. Szymkiewicz i Kopernicki.

5. Kol. Obaliński okazał wydobytą przez siebie macicę powiększoną z powodu włókniaków w ścianach téjże umieszczonych. Operacyję wykonano sposobem Schroedera, t. j. z pozostawieniem kikuta wśród otrzewny, po zeszyciu dokładném brzegów szwem kilkorzędowym. W dyskusyi zabierał głos kol. Mikulicz.

6. Kol. Trzebicky okazał preparat pochodzący z resekcyi jelit na znacznéj przestrzeni, dokonanéj przez siebie w tutejszéj klinice chirurgicznéj.

7. Kol. Mikulicz mówił o operacyi zwężenia odźwier-

nika sposobem odrębnym, w którym tą drogą usiłowano zarazem opanować krwotoki ponawiające się z wrzodu żołądka, jaki rozpoznano w klinice chorób wewnętrznych. Zabieg operacyjny podjęty przez prelegenta okazał istotnie wrzód usadowiony na tylnéj ścianie żołądka i drążący w trzustkę, zkąd właśnie pochodziły tak znaczne i uporczywe krwotoki. Rzecz ta objaśnioną była odnośnym preparatem. Przypadek ten zakończył się śmiercią. *Dr. Dobruchowski.*



VI. Ferdynand Arlt.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Mimo nawału zajęć jako profesor, sławny lekarz i zawołany operator, do którego z całéj niemal Europy, a niekiedy nawet i z innych części świata garnęli się chorzy po pomoc i radę, nie ustał Arlt i w Wiedniu w pracy naukowéj, któréj wyniki ogłaszał jużto w archiwie Graefego (*1. Uiber den Thränenschlauch, 2. Form und Lage des Corpus ciliare und der Iris, 3. Der Ringmuskel der Augenlider, 4. Zur Behandlung der Thränenschlauchkrankheiten, 5. Zur Lehre vom Hornhautabscess, 6. Winke über Staaroperation, 7. Verwendung der Reisinger'schen Hackenpincette bei der Cataractextraction),* lub innych czasopismach lekarskich, jużtéż osobno (1. Prawdziwie pomnikowa „*Operationslehre*“ w dziele zbiorowém Graefego i Saemischa, *2. Die Verletzungen des Auges, Wien. medic. Wochenschrift* i osobno. *3. Zur Aetiologie und Therapie der Bindehautblennorrhoe, Mitth. d. Vereins d. Aerzte in Niederösterr. 4. Ursachen und Entstehung der Kurzsichtigkeit, 5. Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges, 6. Zur Lehre vom Glaucom*).

Rozgłos Arlta, jako znakomitego badacza i nauczyciela, bystrego dyjagnosty i sławnego operatora, ściągał już do Pragi licznych młodych lekarzy, pragnących kształcić się w okulistyce, z których niejeden zasłynął późniéj w nauce. W téj mierze dość będzie wymienić nazwiska Cocciusa, Jacobsona, Manza, Weckera i genialnego Graefego, który pod wpływem Arlta postanowił ostatecznie poświęcić się okulistyce. Przyjaźń, która od owego czasu połączyła obu tych znakomitych mężów, wywarła potężny wpływ na rozwój okulistyki. W r. bowiem 1854 ukazał się pierwszy zeszyt *Archiv für Ophthalmologie*, wydany przez 26-letniego naówczas Graefego, w roku następnym zaś wyszedł drugi zeszyt I. tomu już pod wspólną redakcyją Arlta, Dondersa i Graefego. Utworzony w ten sposób tryumwirat stanął na czele naukowych badań i objął kierownictwo tego olbrzymiego ruchu, który zapanował w szóstym i siódmym dziesiątku naszego stulecia, ruchu, który dzięki wynalezieniu wziernika ocznego, badaniom anatomicznym i zastosowaniu zasad optyki fizyjologicznéj z gruntu przeobrazil, a właściwie stworzył dopiero okulistykę naukową.

Na szczycie swojéj sławy stanął Arlt w Wiedniu, gdzie razem z Rokitanskym, Skodą, Hebrą, Schuhem i Oppolzerem tworzył tę plejadę koryfeuszów wiedzy i sztuki lekarskiéj, dzięki któréj szkoła wiedeńska zajaśniala niezwykłym blaskiem świetności. Klinika okulistyczna wiedeńska zdobyła sobie pod jego kierownictwem sławę, sięgającą daleko po za granice Austryi, jaką dawniéj, chyba tylko w początkach tego wieku, za czasów Beera szczycić się mogła. Licznie napływali téż do niéj po naukę młodzi lekarze nietylko z wszystkich krajów europejskich, ale nie brakło ich i z innych części świata, jak Amerykanów, Japończyków i innych. Okuliści, wykształceni w szkole Arlta, działają téż obecnie z powodzeniem rozprószeni po wszystkich częściach świata, a niemal wszyscy jego asystenci zajmują katedry uniwersyteckie jużto w Austryi, jużtéż za granicą, jak Businelli w Rzymie, Becker w Heidelbergu, Fuchs w Wiedniu (dawniéj w Leodyjum), Schulek w Peszcie, Sattler w Pradze (dawniéj w Erlandze), piszący to wspomnienie w Krakowie. Do jego asystentów należą także prymaryjusz Koller, prof. Reuss, docenci Bergmeister i Dimmer, Herz i Arlt syn w Wiedniu, Denk w Lincu, Kerschbaumer w Salzburgu. Uczniami jego byli Dobrzański w Warszawie, Brettauer w Tryjeście, Siklosy w Peszcie, Derby w Bostonie i t. d. Jako nauczyciel był Arlt wzorem gorliwości i tego sumiennego pełnienia obowiązków, którego podstawę i sprężynę stanowi gorące zamiłowanie uprawianéj nauki. Jego wykład nie uganial się za błyskotliwym efektem, nie posługiwał się ozdobami krasomówczemi, lecz jasny i zrozumiały płynął spokojnie, miarowo i potoczysto, wyczerpywał rzecz gruntownie, a celował tą samą dosadnością i jędrnością, jaką odznaczal się jego sposób pisania. Nie było w nim, rzec można, słowa za mało ani za wiele, ze zdaniem przeciwném rozprawiał się krótko, nie tracąc wiele czasu na polemikę, bo wykładający nie pragnął błyszczeć, lecz miał przedewszystkiém istotną korzyść słuchacza na oku i chciał podać mu jak największy zasób pewnych i dodatnich wiadomości. Jeżeli w słuchaczu dopatrzył się prawdziwego zajęcia i zamiłowania w przedmiocie, był Arlt niezmordowanym w objaśnianiu i tłumaczeniu, a umial, jak mało kto, zachęcić i rozgrzać ucznia. Jako lekarz i operator był Arlt ostrożny i rozważny, a zarazem śmiały i stanowczy. Wierny zasadzie, wpajanéj w uczniów, że pierwszém prawidlem lekarza powinno być „*non nocere,*“ przystępowal on do operacyi tylko po dojrzałéj rozwadze i ściślém obliczeniu prawdopodobieństwa pomyślnego skutku, ale raz postanowiwszy wykonywał ją śmiało z niezrównaną zręcznością i pewnością ręki. Technika operacyjna zawdzięcza mu liczne nowe pomysły i udoskonalenie wielu zabiegów operacyjnych. W stosunku do chorych świecil on przykładem największéj pieczołowitości i troskliwości, brał szczery udział w ich doli, a wrodzona dobroć jego serca objawiała się tutaj w całéj pełni.

Skromność i prostota, szczerość, otwartość i stałość przekonań były głównemi rysami jego zacnego i szlachetnego charakteru. Litościwość i dobroczynność Arlta znane były powszechnie. Własnym kosztem założył on w mieście rodzinném szkolę, a część feryj uniwersyteckich poświęcał corocznie niesieniu bezpłatnéj pomocy chorym i wykonywaniu operacyj w szpitalu w Obergraupen, którego fundusze zasilił znacznym datkiem.

Tyle znakomitych zasług dla nauki i cierpiącéj ludzkości, wzniosłe zalety jego umysłu i charakteru zjednały Arltowi liczne zaszczyty i dostojeństwa. Podniesiony do stanu szlacheckiego otrzymal on godność radcy dworu i dostąpil odznaczenia orderem Franciszka Józefa z gwiazdą, orderem korony żelaznéj III. klasy, szwedzkim orderem Śgo Olafa, bawarskim Śgo Michała, meksykańskim Guadalupy, perskim słońca i lwa, godnością prezydenta honorowego Tow. Lek. wied. i w. i. Towarzystwo Lek. krak. i peszteńskie ofiarowalo mu przy sposobności 70-letniego jubileuszu dyplomy członka honorowego.

Po długich i dolegliwych cierpieniach, które znosil z rezygnacyją i męztwem podziw wzbudzającém, dokonał Arlt zasłużonego żywota. Ale jakkolwiek rozstał się z tym

światem, pamięć jego żyć będzie w tysiącach serc wdzięcznych uczniów i wielbicieli, w tysiącach serc błogosławiących go pacyjentów, którzy mu utrzymanie lub przywrócenie wzroku winni, a imię jego błyszczeć będzie na zawsze wypisane złotemi głoskami w dziejach nauki, której życie poświęcił, a dla której zdziałał tak wiele! *Rydel.*

VII. Wiadomości bieżące.

(S.) **Kraków** d. 1 kwietnia. Wczoraj odbyła się uroczystość jubileuszowa Przeglądu Lekarskiego. Stosownie do programu rozesłanego członkom Towarzystwa zgromadzili się prawie wszyscy członkowie w gustownéj sali gmachu Tow. Wzaj. Ubezp., loże zajęły damy i zastęp uczniów Wydziału lekarskiego. Z gości, którzy wzięli udział w téj uroczystości wymieniamy: prezesa Akademii Umiej. prof. Majera, prorektora Uniw. Jagiell. prof. Łepkowskiego, Dra Adryjana Baranieckiego, starszego lekarza sztabowego Dra Rudolfa Trzebickiego, i przybyłych umyślnie do Krakowa radzcę zdrowia Dra Riegiera, delegata Tow. lek. gal. ze Lwowa i Drnda Květoslava Merhauta, delegata Spolku českych mediků z Pragi.

Prezes Tow. doc. Pieniążek zagaił posiedzenie ciepłém i z serca płynącém przemówieniem, poczém prof. Oettinger odczytał gruntownie opracowaną rzecz o dziennikarstwie lekarskiém w ogóle, a polskiém w szczególności. Redaktor Przeglądu prof. Blumenstok przemówił z kolei kreśląc historyję powstania i rozwoju tego pisma oraz uwydatniając jego znaczenie dla szerokich kół lekarskich polskich. Wszystkie trzy przemówienia przyjęło zgromadzenie oklaskami, które nie miały końca, gdy odczytywano liczne telegramy i listy wystosowane do Redakcyi z powodu jubileuszu, których treść podajemy poniżéj. Następnie wręczył Prezes Towarzystwa Redaktorowi prof. Blumenstokowi dyplom członka honorowego Towarzystwa podnosząc w jędrném a kwiecistém przemówieniu zasługi tegoż około pisma, którego współpracownikiem był od początku a redaktorem jest od lat 10. Przeciągłe oklaski zgromadzonych były wyrazem solidarności członków Towarzystwa z swym prezesem a przemówienie redaktora prof Blumenstoka, który dziękował za największe odznaczenie, jakiém Towarzystwo rozporządza, zakończyło pierwszą część obchodu o nastroju poważnym i podniosłym.

O godzinie 8éj wieczorem zgromadzili się uczestnicy w liczbie około 60 osób wraz z gośćmi zaproszonymi w sali Grand-Hotelu na wspólną biesiadę. Szereg przemówień i toastów rozpoczął prezes Towarzystwa od toastu na cześć prezesa Akademii Umiej. prof. Majera, jako jednego z założycieli Przeglądu Lekarskiego a jedynego z nich, który doczekał się tego obchodu. Prezes Majer w toaście na pomyślność Towarzystwa lekarskiego położył nacisk na wytrwałość, jaką to Towarzystwo okazało w swém przedsięwzięciu, pielęgnowaném z korzyścią dla kraju i narodu. Wiceprezes Towarzystwa prof. Kopernicki, wykazując związek zachodzący pomiędzy Towarzystwem a uniwersytetem wnosi toast na cześć *Almae Matris* w ręce obecnego na zgromadzeniu Prorektora prof. Łepkowskiego, który odpowiada toastem na cześć Redaktora Przeglądu Lekarskiego. Z kolei następują toasty prof. Blumenstoka na cześć prof. Oettingera — Lindego lekarskiego, prof. Domańskiego na cześć Dra Baranieckiego, inicyjatora Zjazdów lekarskich polskich i założyciela cennego muzeum, Dra Baranieckiego na cześć Towarzystwa lekarzy galicyjskich w ręce reprezentanta tegoż Dra Riegera — ostatniego na intencyję unii i zgody obu Towarzystw, prof Rydla na cześć Czechów, którzy tak gorący i serdeczny udział wzięli w naszéj uroczystości. Drd Merhaut wnosi toast na łączność literatury naukowéj polskiéj i czeskiéj, prof. Kopernicki na cześć prezesa Pieniążka, prezes Majer na cześć obecnych kolegów swoich zawodowych proff. Rydla, Madurowicza i Rosnera, prof. Rydel na cześć młodych współpracowników Przeglądu, doc. Jordan na cześć wiceprezesa prof. Kopernickiego, Dr. Kwaśnicki na cześć Časopisu lékařův českých, Drd Merhaut na cześć doc. Chodounskyego. Ucztę zakończyło „Kochajmy się“ wypowiedziane z zapałem, głęboko odczute i do okoliczności trafnie zastosowane przez prof. Oettingera.

Następujące nadeszły depesze:

Lwów. Nie mogąc osobiście uczestniczyć w dzisiejszym uroczystym obchodzie w imieniu Sekcyi Lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich niniejszém składam hołd ćwierćwiekowéj wytrwałéj pracy, któréj owocem jest świetny rozwój Przeglądu Lekarskiego, prawdziwéj chluby Waszego Towarzystwa. Z Wami łączą nas troskliwość o niezachwiany byt i starania o wzrost i ciągły postęp naszego wspólnego organu. Jak długo w Waszych on spoczywa rękach, z pełną ufnością spoglądamy w przyszłość. Profesor Dr. Henryk Kadyi.

Warszawa: Serdeczne życzenia; oby Przegląd jak najdłużéj pod światłą dzisiejszą redakcyją istniał i był, jak dotąd, wzorem pisma lekarskiego. Fritsche, redaktor.

Kijów. Winszuję 25-lecia działalności literackiéj organu Towarzystwa; życzę równie pomyślnéj przyszłości. Dr. Rumszewicz.

Odessa. En témoignant notre sincère reconnaissance pour l'honneur d'avoir nous invité pour la solennelle séance à cause du jubilé de 25 ans du Przegląd Lekarski et regrettant de ne pouvoir prendre part personellement à cette fête, la Société médicale d'Odessa rend hommage à l'assemblée et envoie ses voeux expresses en souhaitant l'avenir florissante et glorieuse à ce journal vetéran, éstimé de la litterature médicale. Président Dr. Stroganow.

Kijów. Ćwierćwiekowéj działalności Towarzystwa krakowskiego serdeczne pozdrowienie i życzenia przesyła Towarzystwo lekarzy kijowskich Prezes Dr. Chroszczewski.

Petersburg. Felicitations et meilleurs voeux pour la prospérité future du journal. Mierzejewski.

Pisek. Spolek lekaruv kraje piseckeho posila srdecny pozdrav. Vsechna ucta a chwala vasi praci kollegove a bratri. Szczęść Boże Wam. Dr. Kavalier.

Warszawa. Redakcyja *Kroniki Lekarskiéj* przesyła szanownéj redakcyi Przeglądu Lekarskiego na dzień obchodu dwudziestopięciolecia serdeczne pozdrowienie oraz życzenia dalszéj również pomyślnéj i doniosłéj działalności na niwie wiedzy ojczystéj.

Warszawa. Nie mogąc osobiście uczestniczyć w obchodzie jubileuszowym przesyłamy wyrazy uznania wielce zasłużonemu redaktorowi głównemu pisma, przynoszącego zaszczyt naszéj literaturze lekarskiéj. Doktorowie Rothe, Pląskowski.

Warszawa. W dniu 25-letniéj rocznicy Przeglądu Lekarskiego Towarzystwo lekarskie warszawskie wyrażając wysokie uznanie obywatelskiéj ofiarności i niezmordowanéj ćwierćwiekowéj pracy, którym organ Towarzystwa zawdzięcza przewodnie swe stanowisko, przesyła gorące życzenia, aby Przegląd Lekarski zawsze przodował polskiemu czasopiśmiennictwu lekarskiemu. Prezes Dr. Gepner.

Smichov. Jubileum 25-lete vedeckeho listu tvori i u vas vyznamny meznik w rozwoji duchovnim, ktery i nam pokrevnym povinnost uklada zastaviti se s Vami, potesiti se a blahoprati. Slava towarzystwu, vsem badatelum polskim, vsem spolupracovnikom Przeglądu i redaktorowi prof. Blumenstokowi. Doc. Chodounsky.

Praga czeska. Gratulujeme k jubileum vytecneho Przeglądu Lekarskiego a prejeme, aby list ten zaslouzily jako vzdy tak i dale snahy polskych lekarův dustojne zastupoval a na oziveni a podporovani slovanske vedy vubec blahodarne pusobil. Spolek českych lekaruv v Praze.

Praga czeska. Mnoha zdaru k dalsi praci necht se Vam zdari zhojiti i nejbolestnejsi ranu naroda polskeho. Prof. Dr. Antonin Frič.

Praga czeska. Tim vrelejsiho mame udelu v dnesnim jubileu vasem, cim uprimnejsi a srdecnejsi jsou pouta, ktera nas s lekarstvim polskym vazou. S obdivem sledujeme vasi praci a vas rozvoj, a tesime se z velkych uspechuv vasich. Laurem vencite Minerou polskou, vlastni to dceru dejinneho vyvoje naroda polskeho; zasvit vasi slavy pada rovnez na nas, pada i na cele slavanstvo. Necht zkveta polska veda, literatura a instituce vase. Redakce Časopisu lekaruv českych.

Praga czeska. U prilezitosti jubiela 25ho trvani vyslovuje studenstvo ceske nejstarsimu lekarskemu listu polskemu za jeho zaslonzenou cinnost svuj obdiv, a z duse si preje, aby slovanske vedecka literatura hojnou merou takovymi zjevy se honositi

mohla, by dostalo se ji zaslouženc ucty u nepriznive nam cizin. Akademicky čtenarski Spolek v Praze.

Ołomuniec. Ku 25-letemu jubileu organu spolku koleguv polskych zasilame nejuprimnejse gratulaci, prace vase vedecka a vlastenecka necht zkveta. Polsko-czeskemu braterstvu Slava. 8 ceskych lekaruv v Olomouci, Morava.

Pilzno czeskie. Spolek lekarzy w Pilznie i z okolicy przenikniony współczuciem braterskiém dla szanownych kolegów polskich i uznając sławne czynności Przeglądu Lekarskiego w literaturze lekarskiéj, woła ku dalszemu szczęśliwemu powodzeniu jego „Niech żyje". Dr. Wilem Sel.

Kołomyja. Wyrazy czci Założycielom, — uznanie obecnemu kierownikowi tak ważnego dla ogółu lekarzy dziennika w dniu 25-letniéj rocznicy przesyła Sekcyja kołomyjska.

Wysehrad. Przegląd Lekarski vydobil si behem 25 lat jmena slavneho. Vydobil polska praci vedecke cestne postaveni zejmena za vedem Blumenstoka, aby Przegląd na te vysi zustal i do budoucnost prijeme mu co nejvice a volame Blumenstokowi trikrat Slava. Ustav pro pathologickou anatomii w Praze. Professor Dr. Hlava, assistenti Dr. Obrzut, Dr. Kilcher, pracovnici Pecirka, Schlechta, Hellich, Rubeška, Neisl, Pecirka Ferdinand, Krejci. Michl.

Lublin. Życzenia dalszego świetnego rozwoju wydawnictwa Przeglądu Lekarskiego przesyła Towarzystwo lekarskie lubelskie.

Kromieryż. Spolek lekaru kromieryżskych zasela prani k rozkvetu mohutne podpory vedy ku cti naroda braterskeho polskeho. Dr. Kytlica.

Opočno. Prijmete bratri k dnesnimu slavnostimu dnu i od nas uprimny kolegijalny pozdrav. Vybor spolku lekarův severovychodnych Čechu.

Warszawa. Serdeczne pozdrowienie szanownemu Redaktorowi zasyła współpracownik Dr. Sokołowski.

Warszawa Łączę się Towarzystwem w uznaniu znakomitych zasług szanownego kierownika Przeglądu. przodującego prasie krajowéj lekarskiéj. Dr. Malcz.

Berno szwajcarskie. Serdeczne Vivat, floreat, crescat przesyła Towarzystwu Prof. Nencki.

Weinberga. 25-lete zdarne cinnosti slava budoucnosti z plna srdce na zdar! Redakce casopisu českeho lekarnictwa w Praze. Jan Stepanek, Karel Labler.

Praga czeska. K jubileu Przeglądu srdecny pozdrav blahoprejny. Zkvetejz dale list vaš ke cti a prospechu vedy i naroda! Professor Reinsberg.

Wysehrad. Weteranu na poli vedeckem statecnemu Przeglądu gratuluje co nejsrdecneji jedna z nejmladsich odnozi slovanskych na temže poli, Sbornik Lekarsky, wzdawame diky za dosawadni sympathie a prosime byste prijali ubezpeceni za patrime a patriti budeme vzdy k ctitelum horlive vasi prace. Redaktori Sborniku Lekarskeho professori Hlava a Thomayer.

Weinberga. Nie mogąc osobiście przybyć składam serdeczne życzenia przy dzisiejszéj uroczystości. Prof. Horbaczewski.

Warszawa. W dniu uroczystego obchodu 25-letniéj pożytecznéj działalności Przeglądu Lekarskiego, organu szan. Towarzystwa, członkowie „Gazety Lekarskiéj" przesyłają serdeczne życzenia, aby nadal Przegląd tak świetnie jak dotychczas pracował dla społeczeństwa lekarskiego polskiego. *Gazeta Lekarska*.

Resztę depesz i listów, nadeszłych wczoraj, dla braku miejsca i czasu, umieścimy w Numerze przyszłym.

* Na posiedzeniu Wydziału Lekarskiego, d. 26 marca odbytém, przedstawiono Wydziałowi krajowemu dwóch kandydatów na opróżnione miejsce zastępcy członka komitetu szpitala św. Łazarza w osobach prof. Łazarskiego i docenta Grabowskiego; następnie mianowano kand. medycyny p. Udzielę 2im asystentem przy katedrze anatomii opisowéj na rok jeden. a demonstratora przy katedrze farmakologii p. Wojtaszka pozostawiono na rok dalszy na swéj posadzie.

* Uroczystość jubileuszu protomedyka Biesiadeckiego odbędzie się we Lwowie d. 14 kwietnia według następującego programu: O godzinie 12 w południe Walne zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galic. Wniosek i uchwała mianowania Jubilata członkiem honorowym. — O godzinie 2éj po południu udadzą się uczestnicy obchodu do mieszkania Jubilata. Wiceprezes Towarzystwa lek. gal. wręczy Jubilatowi zebraną kwotę na fundacyję im. Alfreda Biesiadeckiego i prosić go będzie o wskazanie przeznaczenia téj fundacyi. — Deputacyje Towarzystw złożą gratulacyje Jubilatowi. Porządek oznaczony będzie za zgłoszeniem się Towarzystw chcących wziąć udział w obchodzie. Takowe należy nadesłać do Komitetu jubileuszowego najdaléj do 5 kwietnia r. b pod adresem: prof. Dr. Czyżewicz, Lwów, ul. Cłowa 2. — O godzinie 6éj wieczorem uczta wspólna. Miejsce późniéj będzie podane.

* Na ostatniém posiedzeniu komisyi budżetowéj Rady Państwa śród rozpraw nad budżetem uniwersytetów poseł Czerkawski interpelował Ministra Oświecenia w sprawie założenia Wydziału lekarskiego we Lwowie. Minister odpowiedział, że krok przedwstępny do założenia wydziału lekarskiego już zrobiono, obracając część przyzwolonych na uniwersytet kredytów na wykształcenie sił nauczycielskich. Ale i dzisiaj jeszcze wykonaniu tego projektu stoją na przeszkodzie nieprzezwyciężone trudności. Poseł Bobrzyński interpeluje względem budowy klinik krakowskich, a w szczególności czy na r. 1888 pierwsza rata na budowę gmachu zakładu patologicznego umieszczoną będzie w budżecie. Minister odpowiedział, że dopiero w ostatnich czasach miał sposobność szczegółowego poinformowania się o stosunkach odnoszących się do pomieszczenia tych zakładów, i uczyni wszystko, co do niego należy, aby uzasadnionym żądaniom uczynić zadość.

* Posłowie tyrolscy zamierzają uczynić w Radzie Państwa wniosek, żądający utworzenia niższego stopnia szkół lekarskich, któreby odpowiadały dawnym szkołom chirurgicznym, w celu zapobieżenia brakowi lekarzy na wsi, szczególniéj w krajach górskich. Przedmiot ten poddano pod naradę w kole polskiém, w któréj przeważna większość posłów oświadczyła się przeciw takim szkołom, z tym atoli dodatkiem, aby nie sprzeciwić się posłom tyrolskim, gdyby żądali założenia takich szkół tylko w Tyrolu.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. nadzw. higijeny w Gracu Dr. Maks. Gruber mianowany został prof. nadzw. higijeny w Wiedniu a dyrektor zakładu dla obłąkanych w Wiedniu Dr. Gauster otrzymał tytuł i charakter radzcy rządowego. — Docent prywatny uniw. wiedeńskiego Dr. Michał Borysiekiewicz mianowany został zwyczajnym profesorem okulistyki w Insbruku. — Dyrektor szpitala św. Rocha prof. Gebhardt wybrany został jednogłośnie starszym fizykiem Budapesztu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Sawickiego: O przepuklinie podotrzewnowéj; Mączewskiego: Skijaskopija. — W *Medycynie* Nr. 13: Szteynera: O zeszyciu żołądka; Guranowskiego: Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Krysińskiego: Przyczynki do techniki histologicznéj; Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.); Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

M. JAKOWSKI: Grzybki chorobotwórcze. Warszawa, 1886, Wydawnictwo *Gazety Lek.*, in 8vo, str. 173 i 6 tabl. litograf.

Dr. ZALESKI: Żelazo i hemoglobina w wolnym od krwi mięśniu (Odbitka z *Gaz. Lek.*, 1887), in 8vo, str. 5.

Jerzy RYX: Fermentacyja, jéj przyczyny i zjawiska, z wyszczególnieniem fermentacyi alkoholowéj. Kraków, 1887, in 8vo, str. 79, z 3 tabl. litograf.

Dr. HERYNG: Sprawozdanie z wykładu o chirurgiczném leczeniu grużliczych owrzodzeń krtani, mianego w Warszawskiém Tow. lek. d. 15go marca 1887 (Odbitka z *Medycyny*), in 8vo, str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie.

FREUND M. B. Die animale Vaccination in ihrer technischen Entwicklung u. die Antiseptik der Impfung. gr. 8. Breslau, Morgenstern's Verl. M. 2.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Spis rzeczy zawartych w 25-ciu rocznikach *Przeglądu Lekarskiego* i Okólnik o Zakładzie w Jaworzu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 9 Kwietnia 1887. Nr. 15.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych.

Podał

Prof. Dr. Mierzejewski w Petersburgu.

(Według wykładu swego, mianego na tegorocznym Zjeździe psychijatrów w Moskwie).

Pomiędzy zachodami, skierowanemi ku zachowaniu zdrowia społecznego, naczelne miejsce zajmują środki przedsiębrane w celu zapobieżenia rozwojowi chorób umysłowych i nerwowych, a to ze względu na to, że 1) liczba tych chorych w ostatnich czasach szybko wzrasta, 2) że należą ony przeważnie do ciężkich i przewlocznych zaburzeń, i 3) że osoby ulegające chorobom umysłowym przeważnie nie mogą wypełniać obowiązków obywatelskich, t. j. nie są w stanie przyczynić się do rozwoju i dobrobytu spółecznego; zwiększanie się więc liczby chorób umysłowych i nerwowych przynosi niezawodny uszczerbek rzeczywistéj sile kraju, t. j. umysłowym, moralnym i materyjalnym zasobom spółeczeństwa. Jeśli zastanowimy się uważniéj nad warunkami sprzyjającemi rozwojowi chorób umysłowych i nerwowych, to nabierzemy przekonania, że po większéj części są one wynikiem nieprawidłowych warunków bytu spółecznego, między któremi, nie mówiąc już o dziedziczności, naczelne miejsce zajmuje nadużycie wyskoku i wpływ spaczonego duchowego nastroju otoczenia. Sprawa więc zmniejszenia chorób umysłowych i nerwowych jest ściśle związaną z poprawą wymienionych wad spółecznych, a zachody przedsiębrane w celu duchowego uzdrowienia społeczeństwa są przez to samo najskuteczniejszemi środkami w celu zmniejszenia chorób umysłowych i nerwowych.

Dla dokładnego zrozumienia, w jak wysokim stopniu choroby spółeczne wywierają wpływ na powstawanie zboczeń umysłowych i nerwowych, jak w dalszém następstwie przyczyniają się ony do zwyrodnienia całych pokoleń, niezdolnych wytworzyć w sobie niezbędnych dla działalności obywatelskiéj siły i energii, niech posłużą następujące wyjaśnienia:

D z i e d z i c z n o ś ć. Liczba zapadających na choroby umysłowe i nerwowe, u których zboczenie psychiczne zostało odziedziczone prostą lub boczną liniją rodzeństwa lub téż drogą atawizmu, jest nader wielką; na 3—4 umysłowo chorych jeden zawdzięcza swe cierpienie dziedziczności. W chorobach nerwowych dziedziczność odgrywa znaczną rolę: np. stwierdzoną ona została w macinnictwie (50%—70%), w padaczce (20%), pląsawicy, postępowym zaniku mięśni itd. Lecz nie wszyscy, usposobieni do zboczeń psychicznych, ulegają obłąkaniu; przeciwnie wiele osób należących do téj kategoryi jest wolnych od tego cierpienia, natomiast zdradzają one pewne stopnie zwyrodnienia fizycznego i moralnego, wyrażającego się osobliwszemi rysami charakteru (brak duchowéj równowagi, moralnego hartu i odporności), które je wyróżniają wśród ludzi zupełnie zdrowych. Sąto przeważnie osoby pozbawione zdolności do prawidłowéj działalności w swojém społeczeństwie, a z przyrody swego osobliwego charakteru czynami swemi często stają w sprzeczności z prawém karném i tworzą liczny zastęp wrogów prawnego porządku rzeczy. Szkodliwość związków małżeńskich między osobami dziedzicznie usposobionemi do chorób umysłowych i nerwowych potęguje się z powodu następujących okoliczności: 1) związki małżeńskie między osobami dziedzicznie obciążonemi wydarzają się zbyt często, gdyż osoby téj kategoryi obojéj płci mają wybitny pociąg ku sobie; 2) stadła podobne zwykle są nader płodne i przysparzają tém samém spółeczeństwu liczny kontyngens zwyrodniałych. Jeśli obok dziedziczności zbiegną się inne niekorzystne warunki, towarzyszące życiu kilku po sobie następujących pokoleń, to rodzina taka doczeka się w końcu bezpłodnego potomstwa, niezdolnego do dalszego rozgałęziania swego pnia rodzinnego. Wśrod takich chorobowych warunków wygasło wiele rodów, których przodkowie szczytnie wypisali swoje imie na kartach dziejów. W ogólności tysiące ludzi żyje, którzy pomimo woli i chęci

noszą na sobie brzemię dziedziczności i tém piętném losu naznaczeni, stają się pod wpływem nawet nieznacznych przyczyn obłąkanymi lub zapadają na ciężkie choroby nerwowe.

Wreszcie zauważyć należy, że choroby umysłowe i nerwowe pochodzą z jednego źródła, połączone są z sobą węzłami powinowactwa i podlegają wszystkie prawom przeobrażenia, tak że choroby nerwowe w jedném pokoleniu przemieniają się śród warunków niekorzystnych w pokoleniu następném na psychozy, które kolejno z postaci łagodnych przeobrażają się w ciężkie, aż wreszcie drogą przekształcenia się cały szczep rodzinny zwyrodnia się, lub też skazany na bezpłodność, na zawsze wygasa.

W obec faktu będącego wyrazem ostatnich badań naukowych, że choroby umysłowe i nerwowe pochodzą z jednego pnia, że choroby umysłowe i idyjotyzm stanowią ostateczne wyniki wadliwego wychowania i spaczonéj duchowéj uprawy licznych poprzednich pokoleń, że punktem wyjścia tych chorób jest neurastenija a szczeblami przejściowemi inne cierpienia nerwowe, w dalszym ciągu pomówimy przeważnie o tych zachodach, które zmierzać winny do zmniejszenia liczby zapadających na choroby umysłowe. Nadużycie wyskoku zaliczyć należy do potężnych czynników wywołujących choroby umysłowe i niektóre nerwowe (np. nerwobóle, udar itd.). Liczba umysłowo chorych, których obłąkanie powstało w skutek nałogu opilstwa, wynosi w Rosyi 7%—42%. Nadużycie wyskoku prowadzi do opilstwa przewłocznego, na którego glebie bujnie porastają powszechnie znane, a bolesne chwasty społeczne: nędza i występek z jednéj, pomięszanie umysłowe z drugiéj strony. Opilec z biegiem czasu ulega cielesnemu i duchownemu zwyrodnieniu a to w tym stopniu, że już wystarczą bodźce nawet nieznaczne, ażeby równowaga regulująca jego czynności psychiczne została naruszoną, a w następstwie powstały psychozy bądź przemijające, bądź też przewłoczne. Prócz tego zwyrodnienie u opilców przechodzi na potomstwo w postaci padaczki, wodogłowia, psychozy itd., również dziedziczy ono rodzicielski pociąg do pijaństwa. Szerzeniu się opilstwa w Rosyi sprzyja ułatwienie wszystkim nabywania napojów wyskokowych, względna ich taniość, a wreszcie rodzaj napoju cieszący się największą używalnością. Zniesienie akcyzy i ztanienie przez to samo gorzałki wywarło wybitny wpływ na zwiększenie opilstwa i co za nim idzie, na liczbę chorych umysłowych. Do pięciu miejskich szpitali w Petersburgu, w ciągu pierwszego roku po zniesieniu akcyzy, przybyło cztery razy więcéj chorych, aniżeli w latach, które poprzedziły nową ustawę akcyzową. Zresztą jest to już rzeczą pewną, że liczba opilców pozostaje w prostym stosunku do ilości szynków pewnéj miejscowości.

W statystyce chorób umysłowych i w ogólności w statystyce moralności społecznéj, rodzaj napojów wyskokowych wywołujących pijaństwo, jest nader wielkiego znaczenia. Lunier udowodnił, że w tych departamentach francuskich, w których ludność więcéj używa wódki aniżeli wina, odsetek chorych, zapadających na obłąkanie, daléj liczba przypadków śmiertelnych, samobójstw i wykroczeń przeciw ustawie o publiczném pijaństwie jest znacznie większą aniżeli w tych okolicach, w których ludność przedkłada wino nad wódkę; słowem częstość wyżéj wymienionych a godnych politowania objawów życia publicznego pozostaje w prostym stosunku do użycia wódki, a w odwrotnym do użycia wina. Zestawiając te fakty trudno przypuścić, ażeby związek ich był przypadkowym i nie miał znaczenia przyczyny z jednéj, skutku z drugiéj strony; ta zależność wzajemna została stwierdzona nader licznemi dowodami, które zebrał i ogłosił Lunier na podstawie źródeł urzędowych. Dziś już nikomu nie jest tajném, że stopień szkodliwości wódki zależy od stopnia zanieczyszczenia jéj; w wódce sprzedawanéj w szynkach obok wyskoku etylowego znajduje się mniéj lub więcéj znaczna przymieszka wyskoków amylowego, butylowego i propilowego, oraz innych istot, których wpływ trujący na ustrój stwierdzono licznemi doświadczeniami i spostrzeżeniami. Istoty te dają się wydzielić i zbadać oddzielnie tak co do cech chemicznych jak i trującego działania na organizm. Dla chemicznego ich wykrycia nauka posiada pewne odczynniki i życzyć tylko wypada nadejścia téj idealnéj chwili, w któréj zgodnie z wnioskiem wyrażonym na Zjeździe w Paryżu 1878 r. rządy wzięłyby o tyle do serca sprawę zdrowia społecznego, że tylko te fabryki byłyby upoważnione do wyrabiania napojów wyskokowych, któreby zobowiązały się dostarczać wyrobu niezawierającego obok wyskoku etylowego, żadnych zdrowiu szkodliwych przymieszek. Rzecz oczywista, że nader rozpowszechnione mniemanie, jakoby bez przymieszki owych wyżéj wymienionych istot szkodliwych, napoje wyskokowe nie wywoływały przewłocznego alkoholizmu, potrzebuje nieco dosadniejszych dowodów na swoją obronę; lecz niemniéj nie ulega żadnéj wątpliwości, że wyskok zawierający te istoty odgrywa rolę główną w rzędzie czynników wywierających najszkodliwszy i najzgubniejszy wpływ na stan fizyczny i moralny społeczeństwa, oraz na rozwój pomięszania umysłowego.

Lecz jeśli opilstwo i dziedziczność należy zaliczyć do najważniejszych czynników usposabiających do rozwoju zboczeń umysłowych i nerwowych, to z drugiéj strony nie ulega wątpliwości, że na powstawanie tych chorób obok odziedziczonéj organizacyi duchowéj wywiera wpływ przemagający sfera społeczna, w któréj się żyje. U osób dziedzicznie usposobionych do pomięszania środowisko wywołać jest w stanie psychozy; osoby zaś, które nie są dziedzicznie obciążone, pod wpływem skażonych warunków otoczenia tracą wytrzymałość nerwową, ulegają neurastenii, będącéj często matką wielu chorób nerwowych i umysłowych. Sfera społeczna w Rosyi nie jest bez zarzutu ze względu na powstawanie chorób umysłowych i nerwowych; przeciwnie obfituje ona w warunki do ich wytwarzania. Wyzwolenie milijonów kmieci ze stanu poddaństwa, z umysłowego letargu i bierności społecznéj, powołanie ich do żywego udziału w życiu publiczném, do bytu więcéj samoistnego, pociągnęło za sobą potrzebę umysłowéj pracy, większego naprężenia władzy myślenia; zwiększone współzawodnictwo wywołało większe trudzenie mózgu, żywsze odczucie zewnętrznych wypadków, pomnożenie wzruszeń, słowem zwiększyło się użycie umysłowego mechanizmu i co za tém idzie, większe jego zużywanie. A że wszystkie te reformy nastąpiły szybko, nawet nagle, bez poprzedniego przygotowania umysłów do przyjęcia dobrodziejstw nowego stanu rzeczy, to wywołane niemi podniecenie umysłu i czucia musiało pociągnąć za sobą reakcyję niezastosowaną do zwykłych dotychczasowych czynności mózgu i naruszyć tu i ówdzie prawidłość jego miarowania.

Oprócz tego rozbudzenie ruchu handlowego i przemysłowego, powołanie do życia nowych instytucyj finansowych i handlowych, wytworzyło popęd do dobrobytu, do szybkiego wzbogacenia się, a jednocześnie stało się przyczyną licznych upadłości, niewypłacalności i rozczarowań, słowem stało się źródłem potężnych wzruszeń moralnych, tak często wywołujących choroby umysłowe i nerwowe.

Mordercze i długie wojny, a zwłaszcza ostatnia dla oswobodzenia Bulgarów, tysiące ofiar i utrapień, które jéj towarzyszyły, wszystko to dręczyło społeczny nastrój duchowy jakiémś męczącém wyczekiwaniem, wywoływało chorobowy niepokój, było źródłem ogólnego zdenerwowania i powodem częstszych przypadków chorób umysłowych i nerwowych.

Nadmiarowe wymagania szkoły, obciążenie mózgu pracą, odbywającą się raczéj kosztem pamięci, aniżeli aktu myślenia i rozumowania, nie mogło nie odbić się także w sposób zgubny na układzie nerwowym dorastającego pokolenia.

Wpływ miejscowych warunków bytu społeczeństwa w Rosyi wyróżnia się nader ważnemi osobliwościami względnie do innych krajów Europy. W obec olbrzymich przestrzeni państwa rosyjskiego, walka o byt zapędza wiele osób do szukania chleba na tysiące kilometrów odległości od miejsca urodzenia i zmusza przebywać wśród obcych warunków bytu i klimatu. Z drugiéj strony wielkie obszary państwa wytwarzają nieprzychylne warunki dla warstwy wykształconéj ludności, ze względu na małą ilość ognisk oświaty. Jakże często wydarza się, że człowiek wykształcony, przyzwyczajony do otoczenia z wyższym nastrojem umysłu i serca, bywa zmuszony w dalszém swém życiu przebywać pośród ludzi, niedorównywających mu stopniem wykształcenia, gdzie nikt nie podziela jego wyższych dążeń i gdzie w skutek tego ulega on rozczarowaniu, a w dalszym stopniu zboczeniu umysłowemu; u ludzi, którzy stracili poczucie uroku prostoty, którzy wiecznie gonią za rozkoszą i rozrywkami, powstaje przy słabéj wytrzymałości ustroju przesycenie zwykłemi przyjemnościami; a jeśli u tych ludzi istnieją jednocześnie zwyrodnienia fizyczne i moralne ze zboczeniami instynktu płciowego, to wytwarza się w nich brutalna rozpusta, wśród któréj zadośćuczynienie chuci przeciw naturze staje się wykładnikiem skażenia nabytego lub odziedziczonego. Rozpowszechnienie zakażenia kiłowego, nowoczesny sposób jego leczenia, wywołały według wszelkiego prawdopodobieństwa tak częste w naszych czasach przypadki kiły mózgowéj, uwiądu rdzenia pacierzowego i porażenia postępowego. Dziś to już należy do zwyczaju, że chorzy na kiłę nie zaprzestają swych zajęć, nie zmieniają sposobu życia, a doczekawszy się przy ambulatoryjném leczeniu powierzchownego zagojenia wrzodu, resztę przez zgubną niewiedzę lekceważą, tymczasem zarazek kiłowy nie przestaje być czynnym i daléj prowadzi podstępne dzieło zniszczenia, pozostawiając sobie najczęściéj na czasy późniejsze najszlachetniejsze cząstki ustroju człowieczego: ośrodki ruchowe i psychiczne mózgowia. (C. d. n.)

II. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośnii i Hercogowinie.

Podał

Dr. Leopold Glück,

lekarz obwodowy i kierujący szpitalem w Trawniku w Bośnii.

Przed blizko trzema laty ogłosiłem na innén miejscu (*W. med. Presse: „Ueber die Sanitätsverhältnisse unseres Occupationsgebietes,“* 1884) kilka ogólnych uwag odnoszących się do kiły w krajach zajętych. Gdy do tego czasu nie znalazł się nikt bardziéj powołany, któryby ten temat, w każdym kierunku wielce zajmujący, szczegółowo opracował, ja zaś od owego czasu tak w praktyce mojéj prywatnéj jak również jako kierownik szpitala często miałem sposobność obserwowania kiły, zamierzam niniejszém niektóre szczegóły o właściwościach téj choroby w Bośnii i Hercogowinie przytoczyć i na podstawie odpowiednich przypadków chorobowych bliżéj je omówić.

We wspomnianych uwagach pozwoliłem sobie wypowiedzieć zdanie, że niemożebném będzie wykryć, kiedy kiła do Bośnii zawleczoną została. To jednak nie przeszkadzało mi wcale czynić daléj w tym kierunku poszukiwań; a że źródłem do zbadania przeszłości kraju, a w szczególności ostatnich czterech wieków, są podania ludowe ustnie przekazane, starałem się i to źródło dla badania mego wyzyskać. Duchowieństwo, a przedewszystkiém katolickie, stanowiło od dawien dawna najinteligentniejszą część ludności bośniackiéj, ono było nietylko nauczycielem i doradzcą, ale także lekarzem ludu. Jeśli więc chcemy dowiedzieć się o czémś dokładniéj, co się odnosi do stosunków zdrowotnych Bośnii, trzeba się przedewszystkiém udać do Franciszkanów, lubiących z pewném zadowoleniem wewnętrznem opowiadać o swych własnych uczynkach i swoich braci. Obok katolickiego duchowieństwa posiada największy stopień inteligencyi duchowieństwo mahometańskie, szczególnie w większych miejscowościach zamieszkałe. I oni potrafią niejeden ciekawy szczegół odnoszący się do przeszłości kraju opowiedzieć, trzeba jednak umieć odróżnić prawdziwe od zmyślonych rzeczy i ich podania z pewnym sceptycyzmem zużytkować. Nie jakoby mieli zamiar mówić nieprawdę, lecz przecież wiadomo, że podania w ogóle jeszcze nie stanowią historyi, a nadto leży w charakterze mieszkańców Wschodu przedstawianie rzeczy w jaśniejszych kolorach.

Podczas częstych moich objazdów rozmaitych okolic Bośnii i Hercogowiny miałem sposobność dotykać tematu o wieku kiły w kraju i jéj początku. Z zebranych w ten sposób wiadomości mogłem nabrać przekonania, że kiła przed 30tym rokiem b. stulecia w kraju znaną nie była. Niektórzy kompetentni utrzymywali nawet, że kiła została zawleczoną do kraju dopiero w r. 1832, kiedy pod wodzą Mahmuta baszy przybyły z Konstantynopola wojska dla stłumienia powstania wybuchłego pod przewodnictwem kapitana Gradaszczewicza. Mieli być nią zakażeni Anatolczycy, służący pod wspomnianym baszą. Czy to zdanie jest prawdziwe, nie można na pewne rozstrzygnąć w obec braku wszelkiego autentycznego dowodu; za tém przemawia pewne prawdopodobieństwo o tyle, o ile rzeczywiście dopiero od owego czasu rozwinął się żywszy ruch między Konstantynopolem a Bośnią, i dosyć często następowała zmiana wojsk. O ile się taki ruch przyczynia do rozszerzania kiły, dowodzi jasno historyja téj choroby od czasu jéj endemicznego zjawienia się przy końcu XV. stulecia na różnych miejscach ziemi. Można prawie z wszelką pewnością wykluczyć zawleczenie kiły w te strony z Zachodu. Pominąwszy już tę ważną okoliczność, że stosunki Bośnii z innemi krajami, a w szczególności ze zachodnią Europą, aż do r. 1878 były bardzo nieznaczne, muszę tu podnieść przedewszystkiém nadzwyczajne zamknięcie się w sobie narodu, jako ważny hamulec dla szerzenia się tego cierpienia; na każdego obcokrajowca patrzano z ukosa i z pewném niedowierzaniem, o zażyłszém przestawaniu obcokrajowego (ze Zachodu) z Bośniakiem w ogóle ani mowy być nie mogło. Wprawdzie przybywający ze Wschodu napotykał na pewną nieufność w ściślejszém tego słowa znaczeniu, jednakowoż ułatwiało mu wyższe jego stanowisko i równe wyznanie przestawanie z Bośniakiem mahometańskiego wyznania. Dalszy dowód tego twierdzenia stanowi ten szczególny fakt, że rzadziéj zdarza się obserwować kiłę w zachodniéj niż we wschodniéj części kraju. Jeżeli

się nadto uwzględni tę okoliczność, że w wielu miejscowościach sąsiedniej Dalmacyi kiła endemicznie występuje, to fakt ten donioslego nabiera znaczenia. Zresztą muszę tu zaznaczyć, że czystość obyczajów była jedną z największych cnót ludności bośniackiéj i że niemoralną kobietą tutaj jeszcze więcéj niż u nas gardzono. Przemarsze częste znacznych wojsk począwszy od r. 1830 i zaprowadzenie powszechnie obowiązującéj służby wojskowéj w początkach 6go dziesięciolecia nie mało musiały się przyczynić do szybszego szerzenia się niewątpliwie poprzednio rzadkiéj choroby.

Oprócz duchowieństwa dopytywałem się o wiek i początek kiły w Bośnii często i ludności saméj. Niejasność i zamięszanie pojęć co do téj choroby ilustruje między innemi i zapatrywanie się na nią ludu. Wiedzą wprawdzie, że ona jest chorobą zaraźliwą, wstydzą się jéj i ukrywają ją jak długo jest możebném, a można mimo to od dość inteligentnych chorych słyszeć, że można dostać kiły z zaziębienia, i że się pojawiła dopiero od czasu uprawy owoców strączkowych. Związku, jaki ma istnieć między ich uprawą a kiłą, nikt nie mógł wyjaśnić.

Nieznajomość cierpienia i jego zjawisk, prawie zupełny brak prawdziwéj pomocy lekarskiéj, nieporadność nie do opisania i prawie zupełnie zaniedbana czystość skóry, przyczyniły się niewątpliwie bardzo dużo do tego, że kiła z czasem w wielu częściach kraju w endemiczną chorobę się wyrodziła.

Opierając się na własném doświadczeniu i na doniesieniach kolegów, mogę śmiało powiedzieć, że żadna część krajów zajętych nie jest zupełnie wolną od kiły, i że niektóre okolice, jak np. powiaty trawnicki, serajewski, tużlański, są przez nią bardzo nawiedzone.

Nim przejdę do skreślenia pewnych szczegółów odnoszących się do kiły w Bośnii, niech mi będzie wolno na poparcie faktu, że choroba ta jest tutaj w ogóle częstém zjawiskiem, przytoczyć niektóre cyfry zebrane z praktyki mojéj szpitalnéj. Jakkolwiek odnoszą się one tylko do ograniczonéj części kraju i są niewielkie, powinny przecież wystarczyć do ocenienia w przybliżeniu, jak częstém kiła tu jest cierpieniem.

Od 1 stycznia 1884 aż do końca grudnia 1886 leczono w szpitalu miejskim w Trawniku 594 osób już to stale, już to ambulatoryjnie. (Ambulatoryjum urządzono dopiero w połowie lutego 1886). Z tych było dotkniętych kiłą (wyjąwszy dotkniętych chorobami wenerycznemi) 116, t. j. 19·5%. Według wyznania było mahometan 26, katolików 69, prawosławnych 10, żydów 10 i jeden innowierca. Z tych mężczyzn było 49, kobiet 67. Według wieku poniżéj lat 10ciu było 8, między 10tym a 20tym rokiem było 60, między 21 a 30tym rokiem było 28, między 31 a 40tym rokiem było 9, między 41 a 50tym rokiem było 7, od 50 wyżéj 4. Zestawienie to wykazuje, że kiła z wykluczeniem wszystkich chorób wenerycznych jest przynajmniéj w okolicach Trawnika często spostrzeganą chorobą, szczególnie między katolikami i mahometanami i to w większéj połowie u osób wcale młodych.

Według mego doświadczenia nabranego w różnych częściach kraju szerzy się kiła między ludnością miejscową zarówno często drogą infekcyi pośredniéj jak przez spółkowanie. Czystość zwykłych sprzętów, jak np. filiżanek, łyżek, szklanek, które nierzadko całemi dniami krążą z ust do ust niemyte, wiele zostawia do życzenia. Zwyczaj panujący przeważnie między ludnością mahometańską częstowania każdego chętnie widzianego gościa fajką, którą już przed nim wielu w ustach miało, golenie brody narzędziem nieczystém i tępém, nierzadko wywołują zarażenie kiłą. Rigler (*Die Türkei und ihre Bewohner etc. Wien*, 1852) miał w Konstantynopolu innego nabrać doświadczenia, bo dziwi się, że mimo zwyczaju podawania cybucha tak rzadko widział chorych dotkniętych pierwotnym szankrem na ustach i chce to tém tłumaczyć, że jad syfilityczny nie czepia się tak łatwo munsztuku cybucha zwykle z bursztynu zrobionego. Że takie tłumaczenie faktu niezupełnie się sprawdzającego nie wytrzymuje krytyki, nie trzeba więcéj dowodzić, témmniéj, jeśli się uwzględni, że jad syfilityczny nierzadko i szkła się czepia.

Z szeregu obserwacyj niech mi wolno będzie przytoczyć kilka przypadków pośredniéj infekcyi:

30go października 1885 oddano do szpitala miejskiego w Trawniku wieśniaka Stipę z powodu ogólnéj kiły, gdzie pod Nr. 133 zanotowano: Chory, mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony, 28 lat liczący, żonaty ma dwoje dzieci. Przed 2 miesiącami miał sobie według zwyczaju krajowego dać ogolić głowę, przyczém ponieważ narzędzie miało być tępe, został w kilku miejscach skaleczonym, tak że kilka małych ran nieznacznie krwawiło. Po kilku dniach wszystkie się zagoiły, wyjąwszy jednę znajdującą się na granicy między czołem a włosami głowy z lewéj strony. Na tém samém miejscu tworzyła mu się pomału większa rana, która się do dziś dnia nie chce zagoić. Przed 2 tygodniami chory dostał chrypki, a niedługo potém uczuł nadto bóle przy połykaniu i zauważył wysypkę na ciele.

Stan obecny: Na granicy czoła a włosów głowy po lewéj stronie spostrzega się ubytek skóry okrągły, większy nieco niż krajcar, o brzegach nieco wyniosłych, nierównych, o dnie nieznaczną wypociną pokrytém, czerwonawém, lśniącém. Ubytek ten wścielony w stwardnienie tworzące nieznaczne wzniesienie. Otoczenie nieobrzmiałe, niezaczerwienione, wrzód niebolesny. Na wargach, języku i prawym migdałku kłykciny sączące, tak samo jedna między 4tym a 5tym palcem u nóg. Nagłośnia, jakoteż górna część krtani i więzadła prawdziwe miernie rozpulchnione i zaczerwienione. Na szyi, piersiach i wewnętrznych stronach stawów odnóg górnych widać około 20 nieznacznych, owalnych, a nad powierzchnię skóry wystających, do wielkości krajcara dochodzących, bladoczerwonych guzków. Gruczoły limfatyczne karkowe, szczególnie po stronie lewéj, w obu zgięciach łokciowych i tylko w pachwinie prawéj znacznie obrzmiałe, twarde, ruchome, niebolesne; ani na częściach płciowych, ani w ich otoczeniu mimo najdokładniejszego badania ani śladu pierwotnego zakażenia albo innych jakich objawów kiły widzieć nie można. 28go grudnia został chory wypuszczony po 25 wcieraniach *ung. hydrarg.* po 2·0 dziennie jako uleczony, po ustąpieniu wszystkich zmian. W miejscu siedziby pierwotnego zakażenia zostało choremu przy opuszczeniu szpitala nieznaczne stwardnienie skóry brunatno zabarwionéj. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Prof. E. Küster: **O operacyi torbieli trzustkowych.** (Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Berlinie).

Pięć zaledwie lat upłynęło, odkąd poczęto zwracać uwagę na torbiele trzustkowe. Na 11 przypadków dotychczas opisanych zaledwie 2 razy rozpoznano z prawdopodobieństwem

torbiel trzustkowy, w 9 zaś rozpoznanie było mylne i dopiero podczas operacyi stwierdzono istnienie tegoż torbiela. Ciekawym jest przypadek prelegenta, w którym już przed operacyją z wszelkiém prawdopodobieństwem torbiel trzustkowy rozpoznano.

W czerwcu przeszłego roku przysłano chorego tego do szpitala Augusty w Berlinie z rozpoznaniem wieńcogłówki wątroby. Mężczyzna ten 46-letni do lata r. 1885 był zdrowym zupełnie, w tym czasie po raz pierwszy wystąpiły bóle w okolicy żołądka, które często się pojawiały, prędko jednak znikały. Wśród takiego napadu chory leżał zwykle bez tętna, a brzuch bywał mocno wzdęty. W marcu r. 1886 wyczuł lekarz przy badaniu guz w brzuchu, który za powiększoną wątrobę uważał. Chorego wysłano do Karlsbadu. Tu się stan jego znacznie pogorszył, bóle nie ustępowały, a chory coraz bardziéj z sił opadał. Po powrocie do Berlina przyjęto go na oddział Küstera. Z początku prelegent był również zdania, że ma z wieńcogłówką do czynienia, po dokładniejszém jednak badaniu inaczéj rozpoznał. Guz w postawie stojącéj chorego znacznie ku przodowi wystawał, chory trzymał się jak ciężarna kobieta. Guz wyraźnie tętnił, jednakże w jednym tylko kierunku, na boki tętnienia nie było. Przy opukaniu w postawie stojącéj okazało się, że guz nie stoi w związku z wątrobą. Między obrzękiem a wątrobą dał się wykazać na 2 palce szeroki pas o odgłosie wypukowym bębenkowym. Nakłócie wykazało ciecz brudno-żółto zabarwioną, zawierającą białko, liczne czerwone ciałka krwi i rozmaite ziarna rozpadowe. Po nakłóciu wystąpiło nieznaczne zadrażnienie otrzewny, którego następstwem był mierny wysięk do jamy otrzewnowéj. Równocześnie guz zmniejszył się do połowy tak, że go w całości narządy wypełnione powietrzem pokryły. Küster na podstawie tego badania rozpoznał guz umiejscowiony po za żołądkiem w *bursa omentalis*. W tém miejscu można było o 5 rodzajach guzów myśleć, mianowicie o tętniaku tętnicy brzusznéj, o torbielu nadnercza, o wieńcogłówce *bursae omentalis*, o torbielu limfatycznym, a wreszcie o torbielu trzustki. Rodzaj tętnienia i treść guza wykluczają stanowczo tętniak, wielkość guza nie pozwala myśleć o torbielu nadnercza, skład cieczy i wejrzenie drobnowidowe stanowczo przemawiają przeciw wieńcogłówce i torbielowi limfatycznemu. Pozostał więc torbiel trzustkowy i z tém też przekonaniem, że ma do czynienia z tego rodzaju guzem, przystąpił Küster 20 lipca z. r. do operacyi.

Po przecięciu powłok brzusznych od wyrostka mieczykowatego aż na 3 palce poniżéj pępka okazał się zaraz duży torbiel w górze przykryty przez żołądek, w dole przez poprzeczną kiszkę grubą. Więzadło żołądkowo-kiszkowe było z powierzchnią guza zlepione. Więzadło to chwycono w kilka podwiązek *en masse* i poprzecznie przecięto. Ranę w powłokach częściowo zamknięto i teraz dopiero zrobiono otwór w ścianie torbiela. Ciecz wypuszczona w ilości 2 litrów była barwy ciemno-czerwonéj. Dno torbiela sięgało aż do kręgosłupa, ściany były zupełnie gładkie. Brzegi rany w torbielu zeszyto z brzegami rany w powłokach brzusznych, cały torbiel wytamponowano lekko gazą jodoformową, na wierzch rany założono opatrunek jodoformowy i opatrunek zewnętrzny lekko uciskający. Gojenie zupełnie prawidłowe. Po miesiącu rana zgojona z pozostawieniem wązkiéj przetoki. W pierwszych dniach po operacyi w moczu była znaczna ilość białka, później białko znikło, a natomiast ilość moczu była znacznie zwiększoną. Przy wyjściu ze szpitalu choremu 20 kgr. przybyło na wadze, chory czuje się zdrowym zupełnie, aby się módz swym zajęciom oddawać.

Ciecz otrzymana śród operacyi zawierała 3% białka, miała wybitne własności fizyjologiczne soku trzustkowego, leucyny i tyrozyny nie zawierała. Stolce chorego badane kilkakrotnie przez Dra Fryderyka Müllera z Charité nie zawierały nigdy wyraźnie zwiększonéj ilości tłuszczów, trawienie istot skrobiowatych nie było upośledzone, trawienie zaś mięsa było nieco zmienione, mianowicie można było zawsze w stolcach wyraźne prążkowanie włókien mięsnych rozpoznać. Z tego wnosi Dr. Müller, że brak wydzieliny trzustkowéj więcéj wpływa na trawienie mięsa aniżeli istót skrobiowatych i tłuszczów; z tego zaś, że dowóz wydzieliny trzustkowéj nie w zupełności był wstrzymany, tylko zmniejszony, wnosi, że torbiel więcéj w ogonie trzustki był umiejscowiony.

Na podstawie tego przypadku, jak również przypadków znanych z literatury kreśli prelegent obraz torbieli trzustkowych. Torbiele te usadowione najczęściéj w ogonie gruczołu są najprawdopodobniéj torbielami retencyjnemi; czy jednak i krwotoki w miąższu trzustki nie są przyczyną następnie rozwijających się torbieli, tego na razie rozstrzygnąć nie można. Objawy, jak bole w okolicy żołądka, zwiększenie wydzielania śliny, wymioty, biegunka, nadmierna ilość tłuszczów w kale, nie są stałe a więc i niepewne. Ciekawy objaw, że chorzy pomimo dobrego apetytu i nieupośledzonego trawienia nagle podupadają na siłach i tracą na wadze, tłumaczy Küster wpływem nerwowym zwoju kiszkowego (*plexus coeliacus*). Temu także wpływowi przypisuje Küster pojawianie się w niektórych cierpieniach trzustki moczówki cukrowéj, a w swoim przypadku zwiększonéj ilości wydzielanego moczu. Rozpoznanie jest naturalnie dopiero wtenczas możliwe, jeżeli guz da się wymacać, trudność rozpoznania jest znacznie większą u kobiet aniżeli u mężczyzn. Podczas gdy u mężczyzn wchodzą w rachubę tylko guzy wątroby, wieńcogłówki wątroby, krezki, śledziony, torbiele limfatyczne i tętniaki aorty brzusznéj, u kobiet trzeba jeszcze myśleć i o rozmaitych guzach narządu płciowego. U kobiet dotychczas ani razu nie rozpoznano torbiela trzustki przed operacyją, zwykle mylnie rozpoznawano torbiele jajnikowe. Wywiady mają w rozpoznaniu wielką wagę. Torbiel trzustkowy rozpoczyna się w górnéj części brzucha, podczas gdy torbiel jajnika z dołu ku górze się rozszerza. Daléj bardzo często przy kombinowaném badaniu wyczuć można jajniki wolne, niestojące w związku z guzem. Odgłos wypukowy przytłumiony w całéj górnéj części brzucha również przemawia przeciw torbielom jajnika, torbiele te bowiem rzadko kiedy tak wysoko sięgają. Z guzów wątroby możnaby wziąść torbiele trzustkowe tylko za puchlinę woreczka żółciowego lub za miękkie mięsaki wątroby. Kierunek guza ku zewnątrz i brak bolów nerwowych przemawiają za obrzękiem woreczka żółciowego, nakłócie zaś wykazujące czystą krew z komórkami mięsakowemi za mięsakiem wątroby. Inne guzy wątroby i śledziony cechują się tak wybitnie swém umiejscowieniem i kształtem, że o braniu ich za torbiel trzustki mowy być nie może. Co do wieńcogłówki zaś i torbiela limfatycznego to rozstrzyga tu badanie treści. Tętnienie wreszcie charakterystyczne jest objawem wybitnym tętniaka aorty.

Leczenie polega dotychczas na 3 metodach operacyjnych: nakłóciu, wycięciu całkowitém, a wreszcie nacięciu torbiela i zeszyciu brzegów rany z brzegami rany w powło-

kach brzusznych. Pierwszą operacyję raz tylko wykonano i należy jéj zupełnie zaniechać, gdyż nie leczy radykalnie, a może być nawet niebezpieczną. Druga, z powodu że trzustka leży zbyt głęboko, przedstawia bardzo znaczne trudności techniczne; z 5 chorych w ten sposób operowanych jeden tylko wyzdrowiał. Autor poleca operacyję trzecią, która wcale nie jest trudną do wykonania i najczęściéj do wyleczenia prowadzi. Słabą stroną téj metody jest możliwość wytworzenia się przetoki trzustkowéj; żeby temu zapobiedz, radzi autor wewnętrzną ścianę torbiela wyskrobać lekko łyżką ostrą.

W dyskusyi zabiera głos Virchow i nadmienia, że on badał kilka torbieli trzustkowych i opisał je pod nazwą *„Ranula pancreatica.“* W przypadkach Virchowa głowa trzustki była zawsze siedzibą torbiela. Co do krwotoków miąższowych jest mowca zdania, iż są one nadzwyczaj rzadkie i że prawdopodobnie nie mogą być przyczyną wytwarzania się torbieli. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 8).

Dr. Sondermayer.

Medycyna sądowa.

Dr. Kuniyosi Katayama (z Japonii): **O ranach kłótych pod względem sądowo-lekarskim.**

Oprócz dawniejszych prac Langera i Ogstona nad sprawą w mowie będącą, ogłosił w r. 1881 prof. Hofmann szereg własnych spostrzeżeń nad ranami kłótemi, a wnioski z doświadczeń podjętych w tym kierunku pomieścił już w nowszych wydaniach swojego podręcznika. Doświadczenia Hofmanna dotyczyły przeważnie ran kłótych w skórze; zachowania się innych tkanin i narządów wewnętrznych pod wpływem narzędzi kłójących dotknął H. wprawdzie w pracy swojéj, sam jednak uznał, że rzecz wymaga jeszcze dokładniejszego obrobienia, skoro polecił uczniowi swojemu Katayamie temat ten do gruntownego opracowania.

Mając sobie oddany nader obfity materyjał naukowy w pierwszorzędnym Zakładzie sądowo-lekarskim Hofmanna i uczynnych asystentów kłół Katayama rozmaitego kształtu narzędziami systematycznie różne tkaniny i całe narządy, preparaty powstałe w ten sposób rysował i rysunkami ich zaopatrzył swoją rozprawę, zawierającą nadto kilka opisów kazuistycznych i przypadków spostrzeganych w tym czasie w Zakładzie wiedeńskim. (Opis jednego z tych przypadków ogłosiliśmy w *Przeglądzie Lekarskim* w roku 1886, Nr. 27, str. 381, mając sposobność spostrzegania go wraz z autorem rozprawy).

Nie mogąc na tém miejscu wchodzić szczegółowo w opisy zajmujących doświadczeń przytaczamy wnioski wysnute przez autora. 1) We wszystkich tkaninach i narządach wewnętrznych nie powstają w skutek kłócia narzędziami obłemi nigdy otwory okrągłe, lecz najczęściéj szpary, czasem otwory trójkątne lub nieregularnie promieniste, takie same, jakie opisał Langer w skórze. 2) W niektórych narządach bywa kierunek tych szpar prawie zawsze ściśle określony, w innych narządach, np. w nerce, bywa kierunek otworów zmiennym w pewnych granicach. 3) Szpary w różnych miejscach narządów przebiegają w każdéj odmiennéj tkance w innym kierunku i krzyżują się najczęściéj pod rozmaitemi kątami. 4) Kierunek szpar odpowiada zawsze kierunkowi rozszczepialności tkanki, ten zaś zawisł od kierunku przebiegu włókien tkanki łącznéj lub mięśnia w saméj tkance badanéj. Spostrzeżenia niniejsze mają znaczenie w przypadkach, gdzie z kształtu rany należy wysnuwać wnioski co do rodzaju użytego narzędzia, a mianowicie co do jego kształtu i wielkości. Rozszczepialność narządów wewnętrznych, np. wątroby i nerki w stanie prawidłowym, musi wywierać wpływ na kierunek pęknięć urazowych, a pytanie, czy w pewnym danym przypadku powstało pęknięcie odpowiednio do kierunku rozszczepialności narządu, można przynajmniéj na trupie rozstrzygnąć w ten sposób, że się narząd nakłówa narzędziem ostrém stożkowatém i porównywa otwór sztucznie wywołany z pęknięciem urazowém. (*Vierteljahrschrift f. ger. Med.* Tom 44, 1887).

Dr. Schaitter.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

II. Zwyczajne naukowe posiedzenie z dn. 12 lutego 1887.

Przewodniczący prof. Dr. Kadyi. Obecnych 17 członków.

Przewodniczący podaje do wiadomości, iż jego starania co do zmiany miejsca posiedzeń są bezskuteczne z powodu braku innego odpowiedniego lokalu w gmachu magistratualnym.

Kol. Ziembicki przedstawia dziewczynę z guzem na podniebieniu twardém. Domyślając się natury kilowéj i to kiły dziedzicznéj zastosował leczenie antisyfilityczne, lecz bez skutku. Przypuszczając więc *periostitis chronica*, zamyśla kol. L. drogą operacyjną guz ten usunąć.

Biorący udział w dyskusyi koll. Gostyński i Krobicki godzą się na operacyję; ostatni przytacza przy sposobności przypadek z własnéj praktyki, w którym guz podobnéj natury na podniebieniu twardém wywołał *caries* i przebił się do jamy nosowéj. Kol. Laskiewicz mniema, iż ten guz możnaby wziąć za *rhinoscleroma*.

Kol. Ziembicki przedstawia kobietę, lat około 50 liczącą, leczoną na jego oddziale z powodu złamania kości udowéj. Przypadek, zresztą prosty, nadaje się do szerszéj wiadomości z powodu ciekawego złamania i trudności w tym razie rozpoznawczéj. Chora ta upadłszy na ulicy spostrzegła, iż jéj udo prawe skrzywiło się jak rogal; mimo to mogła chodzić. W kilka dni potém upadła powtórnie, chodzić już nie mogła i przywieziono ją do szpitala. Tu kol. Z. przy badaniu szczegółowém znalazł guz w dolnéj połowie uda prawego, o twardéj podstawie, silnie bolesny, ciastowaty, niеokazujący trzeszczenia pergaminowego. Podejrzywając *osteosarcoma* o mało co, że się powstrzymał od operacyi. Gdy chorą ze stołu operacyjnego, na którym była badaną, odniesiono napowrót do łóżka, dopiero dokonało się złamanie zupełne, tak że rozpoznanie już nie ulegało żadnéj trudności, a więc można było wykluczyć złamanie t. z. patologiczne. Przy odpowiedniém leczeniu obrzęk się zmniejszył, zespojenie kości nastąpiło. Chora chodzi bez kuli, tylko noga pozostała cokolwiek krótsza. Prelegent twierdzi, iż po pierwszém upadnięciu była tylko infrakcyja, złamanie zaś całkowite nastąpiło dopiero po drugiém upadnięciu, a dokonało się na łóżku.

Kol. Barącz twierdzi, że brak powiększonych gruczołów winien był prelegenta uchronić od brania tego guza za *osteosarcoma*. Na to prelegent odpowiada, iż *sarcoma* rzadko kiedy i późno wywołuje infekcyję gruczołów, gdyż w takich przypadkach infekcyja rozszerza się drogą naczyń krwionośnych, a nie limfatycznych. Kol. Gostyński sądzi, że infrakcyja była tu możebna, lecz rozpoznać ją trudno, bo wylew krwawy jest przeszkodą w dokładném badaniu, a przytém należy uwzględnić i wiek podeszły choréj, u któréj jest zwiotczenie tkanin. Koll. Barącz i Kadyi przypuszczają, że to było zaklinowanie.

Z kolei kol. Merunowicz miał wykład „O epidemijach tyfusu w kraju w ostatnich latach“. (Wykład ten będzie w całości umieszczony w *Przeglądzie Lekarskim).*

W dyskusyi kol. Laskiewicz podaje, że z powiatów najczęściéj przez dur nawiedzanych przesyłają do Zakładu w Kulparkowie najcięższe przypadki różnego rodzaju obłąkania porażennego, polegającego na chroniczném zapaleniu błon mózgowych z następowym zanikiem. Badania bliższe wykazały rzeczywiście w wielu przypadkach związek przyczynowy między durem a cho-

robami umysłowemi. Wreszcie kol. L. zapytuje prelegenta, czy w prowincyjach naftodajnych częstość duru jest następstwem większéj biedy ludności robotniczéj, czy też wody zanieczyszczonéj odpadkami nafty? Kol. Pisek zwraca uwagę na częstość epidemii duru w okolicach Jaryczowa i Janowa, kol. Protomedyk na częsty dur w Gródku. Kol. Wiczkowski zapytuje prelegenta, dla czego w Borysławiu, gdzie jest w takiéj ilości nagromadzony materyjał antiseptyczny, wybuchają groźne i częste epidemije? Kol. Merunowicz odpowiada na powyższe uwagi: Co do duru hołdując teoryi kontagijnéj widzi przyczynę epidemii tak w zanieczyszczonéj wodzie, jak i w biedzie panującéj wśród klasy robotniczéj. Co do Gródka mniema, że tamże prawdopodobnie z Rudek importowano dur, a do Rudek z Borysławia. Koll. Barącz i Laskiewicz sądzą, że potoki górskie przyczyniają się do rozszerzania zarazka, w niektórych bowiem okolicach wychodki są spuszczone do potoków, z których lud okoliczny pije wodę. Protomedyk Biesiadecki widzi wybitną różnicę co do etyjologii między durem brzusznym a plamistym. Zarazek bowiem duru brzusznego znajduje się w wodzie, duru plamistego w powietrzu, a więc ostatni trzyma się pościeli, sukien, ścian i t. p. Jako wybitny przykład przenoszenia duru brzusznego przytacza protomedyk Biesiadecki klasztór w Dobromilu, gdzie zarazek dostał się z wychodków do studni i stał się przyczyną choroby kilkunastu osób. Dopiero zamknięcie studni ograniczyło dalszy rozwój duru brzusznego. Kol. Wiktor nie może generalizować wniosków co do duru brzusznego i plamistego, jak to uczynił prelegent, bo przyczyny i warunki rozwoju obu tych rodzajów duru są odmienne; podnosi przytém ten fakt, że często do powiatów granicznych kraju naszego zawlekają pątnicy zarazek duru (np. do Poczajowa). Kol. Krobicki podaje, że znane mu są z literatury przypadki zakażenia się zarazkiem durowym przez mleko. Kol. Szpilman podaje, że znane mu są bakteryje duru brzusznego, otrzymane ze śledziony, *bacillus typhosus Eberthi*, trudno się barwiące. Zarazek duru plamistego nie jest bliżej znany. Kol. Pisek twierdzi, że nie ma co obawiać się zbytnio rozszerzenia zarazka przez wodę, gdyż woda rzeczna po przebyciu pewnéj przestrzeni sama się odraża. Protomedyk Biesiadecki zwraca uwagę, że mówiąc o zarażeniu się przez wodę ma się głównie na myśli studnie. Kol. Merunowicz w odpowiedzi kol. Wiktorowi mówi, że w wykazach ogólnych oba rodzaje duru nie są rozdzielone, bo to się nie da przeprowadzić z różnych powodów. Kol. Prezes wnosi podziękowanie prelegentowi za piękny i zajmujący wykład.

Kol. Przewodniczący w imieniu biura Sekcyi zwraca uwagę na artykuł pod tytułem „Śmierć nagła w szkole", który przez jednego z członków Sekcyi lwowskiéj był publikowany w niewłaściwy sposób a mianowicie w fejletonie *Dziennika Polskiego* z 6 lutego 1887. W artykule tym autor czyni ciężkie zarzuty Wydziałowi lekarskiemu Uniw. Jagiell. i jego referentowi, zarzucając mu ignorancyję i przekręcanie wyników śledztwa. Przez publikacyję takiéj polemiki, w piśmie czytaném przez szerszą i niefachową publiczność, odebraną jest Wydziałowi lek. możność skutecznego odparcia zarzutów, gdyż Wydział nie może prowadzić polemiki w fejletonach i nikt tego nie uczyni w jego imieniu. Ogłaszanie bowiem w niefachowych pismach rozpraw rozbierających takie kwestyje z dziedziny nauk lekarskich, w których badania nie doprowadziły jeszcze do wyników dodatnich i pewnych, jest szkodliwém, a polemiki w takich kwestyjach prowadzone w obec niefachowéj publiczności przynoszą tylko ujmę godności stanu lekarskiego. — W dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj zarzut, jakoby Towarzystwo lek. nie było kompetentném do roztrząsania spraw podobnego rodzaju, został odparty wskazaniem 5 §. statutu, zabierali głos koll.: Biesiadecki, Pisek, Laskiewicz, Tatarczuch. Czyżewicz. W końcu na wniosek kol. Biesiadeckiego uchwalono przejście do porządku dziennego i przyjęto jako motyw téj uchwały: „że sprawa ta nie jest godną uchwały Towarzystwa lekarskiego".

Dr. Wiczkowski.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie I w dniu 29 stycznia 1887 r.

Przewodniczący prof. Korczyński.

I. W sprawie podniesienia uprawy ziół lekarskich krajowych w myśl uchwał powziętych na posiedzeniu w dniu 18ym czerwca 1886 (Przegląd. Lek. Nr. 36 z r. 1886) senior gremijum aptekarzy krak. p. Gralewski przedkłada wykaz roślin lekarskich i ich części spotrzebowywanych rocznie w Krakowie i w Galicyi zachodniéj. Wykaz ten mozolnie zestawiony z dat dostarczonych przez aptekarzy krakowskich i kilkunastu aptekarzy z Galicyi zachodniéj stanowi cenny materyjał statystyczny, który może posłużyć producentom jako wskazówka, które rośliny przedewszystkiém uprawiać należy, i który powinien być rozpowszechniony przez pisma fachowe. Z wykazu tego wynika, że ilość niektórych roślin i ich części składowych jest wcale znaczną, np. *flor. chamomillae* 1150 kilgm., *flor. tiliae* 220, *fruct. rubi idaei* 18500, *hbae cent. min.* 320, *radd. altheae* 3200 kilogm. itd. Zdaniem p. Gralewskiego ilość spotrzebowana rocznie w Galicyi wschodniéj jest dwa razy większa niż w Krakowie i Galicyi zachodniéj, tak że chcąc otrzymać w przybliżeniu ilość potrzebną rocznie do zaopatrzenia aptek w całéj Galicyi należałoby powyższe cyfry pomnożyć przez 3. W przeważnéj części produkcyja krajowa wystarcza na pokrycie tych potrzeb miejscowych, a niektóre rośliny wysyłane nawet bywają do składów aptecznych wiedeńskich, tylko pewną ilość roślin sprowadzają aptekarze z zagranicy z powodu, że rośliny te, jak np. ślaz, w kraju dobrze się nie udają. Gremijum aptekarskie lwowskie na odezwę Komisyi przemysłowéj w téj mierze wystosowaną dotychczas nie dało odpowiedzi. Zarazem przedkłada p. Gralewski list p. Zieniewicza, aptekarza w Brzostku, który jest jedynym w kraju producentem większéj ilości roślin lekarskich na większą skalę. Z listu tego, który zawiera zresztą wiele cennych uwag dotyczących produkcyi roślin lekarskich, wynika, że następujące rośliny dają się w kraju uprawiać: *Abrotanum, Althea, off., Carduus bened., Hysopus, Malva arb., Malva vulg.. Majorana, Melissa citr., Mentha crisp., Mentha pip., Chamom. vulg. Ruta, Salvia, Satureia, Thymus off., Spilant. oler., Verbascum, Anis, Foeniculus, Sinapis alb. et nigr.*. i że następujące rośliny najbardziéj liczyć mogą na eksport za granicę: *Radd. et folia belladonnae, flores tiliae, flor. sambuci, flores papaveris rheados, hb. centaurei minoris, glandes quercus, bacc. juniperi, bacc. mirtill.*

Po odbytéj dyskusyi uchwalono: *a)* Prosić proff. Rostafińskiego i Janczewskiego, ażeby z nadejściem wiosny raczyli zbadać warunki hodowli tych roślin lekarskich, które dotychczas jeszcze w kraju nie bywają uprawiane i podali wskazówki, jak je uprawiać należy. *b)* W myśl uchwały z d. 18 czerwca 1886 wybrano komisyję składającą się z Drów Lutostańskiego i Wachtla i p. Gralewskiego, którąby wraz z delegatem Towarzystwa rolniczego prof. Janczewskim zajęła się zbadaniem, które rośliny lekarskie można uprawiać w kraju na większy rozmiar w celu podniesienia produkcyi rolniczéj krajowéj. Na wniosek prof. Janczewskiego uchwalono odnieść się do Towarzystwa rolniczego krak. z prośbą o delegowanie do téj komisyi jeszcze przynajmniéj jednego rolnika zawodowego.

II. W dalszym ciągu narad odbytych na posiedzeniu w dniu 18 czerwca 1886 na wniosek Dra Lutostańskiego wybrano komisyję składającą się z lekarzy i aptekarzy, któraby naradzała się nad urządzeniem składów materyjałów aptecznych i nad fabrykacyją przetworów aptekarskich. Oprócz wnioskodawcy w skład téj komisyi weszli Dr. Buszek, Korczyński i Ponikło i mag. farm. Gralewski i Stokmar.

III. Z powodu zgłoszenia się osoby prywatnéj, która oświadczyła gotowość wyrabiania kefiru, uchwalono zapytać się aptekarzy pp Sobierajskiego i Wilczyńskiego, którzy przetwór ten poprzednio wyrabiali, czy zamierzają i nadal trudnić się tą gałęzią przemysłu.

IV. W załatwieniu podania p. Gustawa Barucha właściciela piekarni i młyna parowego w Podgórzu o popieranie chleba Grahama jego wyrobu wybrano komisyję, składającą się z Drów Buszka i Grabowskiego, która z przybraniem chemika wskazanego przez p. Barucha ma rzecz zbadać na miejscu i złożyć sprawozdanie komisyi przemysłowéj.

V. Co do Wystawy higijenicznéj, która odbyć się ma w Warszawie od 15go maja do 1go lipca b. r., zawiadamia Przewodniczący, że *a)* Komitet administracyjny szpitala św. Łazarza na wniosek jego uchwalił wziąść udział w wystawie i przedłożył program tego udziału wypracowany przez prof. Domańskiego Wydziałowi krajowemu z prośbą o asygnowanie potrze-

bnéj na ten cel kwoty i o zachęcenie szpitali prowincyjonalnych, aby zgłosiły odpowiednie przedmioty na tę wystawę; *b)* że Towarzystwo lekarskie krakowskie upoważniło komisyję przemysłową do popierania wystawy téj imieniem Towarzystwa; *c)* że Tow. lek. galicyjskie we Lwowie na odezwę komisyi wystosowaną w celu uzyskania takiego samego upoważnienia dotychczas nie udzieliło odpowiedzi; *d)* że na wniosek Przewodniczącego komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. uchwaliła zachęcić zdrojowiska krajowe, ażeby wzięły udział w Wystawie w zakresie programu téj wystawy, t. j. co do higijenicznych urządzeń zdrojowisk i miejsc klimatycznych; *e)* że komisyja sanitarna miejska uchwaliwszy wziąść udział w wystawie, wybrała podkomisyję złożoną z prof. Domańskiego, przewodniczącego komisyi przemysłowéj, fizyka miejskiego i urzędników budownictwa miejskiego i że podkomisyja ta ułożyła już program udziału, który ma być Radzie miejskiéj przedłożony do zatwierdzenia.

W sprawie téj Dr. Baraniecki przedstawia szereg wniosków, które jednogłośnie przyjęto. Z pośród wniosków tych zasługują przedewszystkiém na wymienienie: *a)* aby udać się do Komitetu wystawy higijenicznéj o wyznaczenie ajenta lub komisyi, któraby pośredniczyła w przesyłce, ustawieniu i odesłaniu napowrót tych przedmiotów wystawowych, które przesłane zostaną za pośrednictwem komisyi przemysłowéj; *b)* aby zachęcić gremija aptekarskie do wzięcia udziału w Wystawie i do sporządzenia własnym nakładem tablic, sprawozdań i diagramów w zakres farmacyi wchodzących; *c)* aby dążyć do tego, iżby przedmioty nadesłane na wystawę higijeniczną mogły być zużytkowane do wystawy przemysłowéj krakowskiéj; *d)* ażeby udać się do Wydziału krajowego o subwencyję dla komisyi przemysłowéj.

Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Listy z „zachodniego kraju“.

Pozwólcie mi, że od niejakiego czasu przerwaną nić dziś znowu nawiążę, a za przedmiot swego pierwszego tegorocznego listu wezmę kwestyję najbardziéj żywotną dla naszego zawodu i dla nas, a tym jest stosunek lekarzy pomiędzy sobą i do społeczeństwa w kraju zachodnim.

Zdaje się, że co raz bardziéj idziemy mniéj zwartym szeregiem rozpierzchając się na wszystkie strony i grzesząc w przestrzeganiu praw etyki i jéj wypełnianiu tak względem siebie samych, jak też i publiczności. Jeszcze do niedawna lekarze u nas w ogóle szczycili się tém stanowiskiem u publiczności, jakie im wywalczyli pierwsi praktycy, wyszli z Wilna. Późniejsze pokolenie lekarzy znacznie już rozmnożone, trwoni lekkomyślnie tę piękną spuściznę po ojcach, trudem i w pocie czoła zdobytą, a imię lekarza otoczone wśród publiczności aż do niedawnych jeszcze czasów pewną aureolą posłannictwa i ideału znieważa. Do niedawnych jeszcze czasów pomimo tego, że zakorzenione kastowe szlacheckie uprzedzenia brzydziły się ludźmi naszego zawodu zarówno jak kupcem, lub rzemieślnikiem i choć stare herbowne rody nasze z niechęcią przyjmowały do swéj paranteli syna eskulapowego, a jeżeli czyniły to niekiedy robiąc ustępstwo swym doktrynom, to bardziéj zmuszone okolicznościami i tą przynętą, jaka wabiła córkę szlachecką, mogącą używać wygód i dostatków, gdy zostanie żoną lekarza, lecz bądźcobądź uważano to dla ostatniego za zaszczyt, inaczéj atoli na nas patrzały ubogie dworki szlacheckie lub sfery mieszczańskie bardziéj postępowe. Lekarz u nas, należąc niewątpliwie do przedstawicieli demokracyi i postępu, choć nie był *persona grata* w kołach z pretensyjami do arystokracyi, był powszechnie szanowanym i poważanym, nie spospolicial jednak tak jeszcze do niedawna i należał do wyższych warstw społecznych aniżeli to się dzieje na zachodzie lub nawet w pobliskich a pokrewnych nam prowincyjach. Zasługę w tym względzie musimy oddać pierwszym pionierom oświaty w kraju zachodnim, lekarzom wileńskim. Podczas gdy założona pierwsza szkoła lekarska w kraju naszym, w Grodnie, w końcu przeszłego stulecia nie mogła znaleźć uczniów, taki bowiem był wstręt do medycyny, że musiano nabierać ich z młodzieży służącéj w ekonomijach królewskich, w lat kilkanaście potém Wilno roi się już słuchaczami medycyny, którzy następnie rozchodzą się coraz daléj na odległe krańce zachodnich prowincyj. Nie mówiąc już o moralném stanowisku, lecz i materyjalny stan praktyków w kraju naszym w obec dzisiejszych warunków był świetnym, a niejeden z nich dorabiał się ogromnéj fortuny; szkoda tylko, że synowie ich nie zawsze umieli uszanować pamięć ojców i często byli marnotrawcami; wszyscy w ogóle lekarze żyli w dostatkach, a żaden zapewne nie umarł tak, jak umierali i umierają literaci wileńscy, dawniéj w kraju, dziś poza krajem. Stan, jeżeli nie bogactwa, to średniéj zamożności, dający niezależność, nęcił młodzież z kraju naszego na wydział lekarski po zamknięciu wileńskiéj medyko-chirurgicznéj Akademii do Kijowa i innych uniwersytetów rosyjskich, a po ukończeniu swych studyjów osiedlała się ona w rodzinnych prowincyjach. Lecz stosunki od lat kilkunastu zaczęły się pogarszać, aż nastąpiło przesilenie, bo gdy lekarze wileńscy rozpoczynali swój zawód praktyczny, znajdowali otwarte pole dla swéj działalności, konkurencyi tak fatalnie oddziaływającéj w zawodzie naszym nie spotykali, a jeżeli ona się i nadarzała, to bywała nieszkodliwą, bo lekarz patrzał na współzawodnika felczera lub chirurga austryjackiego bez zawiści, z uśmiechem politowania na ustach, a stosunek pomiędzy lekarzami był istotnie idealny, koleżeństwo lekarzy wileńskich weszło nawet w przysłowie nie będąc zagłuszoném prawie nigdy żadnym przykrym dysonansem. Od lat przeszło dziesięciu napływ młodzieży do uniwersytetów jest tak znaczny, że na wydziale lekarskim utrudnia a często uniemożebnia studyja, a stan jéj jeszcze się pogarsza, gdy stają się lekarzami, bo lud pogrążony w ciemnocie nie prędko zazna potrzebę leczenia się, a więc liczba lekarzy przewyższa potrzeby a wytwarza się anormalna konkurencyja.

Młody lekarz dzisiaj po ukończeniu swych studyjów przy braku posad rządowych, cywilnych lub wojskowych, jak również prywatnych miejsc przy coraz bardziéj upadających fabrykach cukrowych lub miejsc wolnéj praktyki wyczekuje gdzieś w wielkiém mieście lub podejmuje się jakiéj innéj pracy niewchodzącéj w obręb jego zawodu lub wreszcie osiedla się gdzieś w żydowskiém miasteczku, ściągnięty tam przez jakiegoś miejskiego aptekarza, który dla widoków osobistych prędszego odsprzedania apteki eksploatuje go wypłacając po kilka rubli miesięcznie nieraz pensyi i zapewniając tyleż od pobliskich sąsiadów i miasteczkowego żydowstwa z tak zwanego podatku od koszernego mięsa od 200 do 300 rubli rocznie. Kończy się to najczęściéj, że po roku lub nieraz jeszcze prędzéj młody lekarz, zrażony niepowodzeniem i biedą, opuszcza miejsce pobytu, dobrze jeszcze, jeżeli ma środki na wyjazd, a na miejscu jego znowu po niejakim czasie inny pada ofiarą. Stosunki tak opłakane pomiędzy lekarzami są zbyt częstemi. Dr. Fritsche w Nrze 52 *Medycyny* z r. przeszłego narzekając na brak solidarności i na stosunki podobne i wykroczenia przeciw etyce pośród lekarzy warszawskich zaleca większą pośród nich łączność i zsolidaryzowanie interesów a tym środkiem ma być otwarcie klubu lekarskiego, którýby mógł połączyć nieznajomych i rozpierzchłych kolegów, bardziéj aniżeli Towarzystwo lekarskie, do którego należą tylko niektórzy, a które nie zapełnia luki miejsca towarzyskiego wspólnego obcowania i pogawędki,

jakieby mógł klub zająć, a gdzie młodzi lekarze mieliby możność spotykania się ze starszymi. Nie przeczę temu, że klub podobny mógłby wywrzeć niejaki wpływ w stosunkach koleżeńskich i towarzyskich, a co najbardziéj uprzyjemniłby życie warszawskim kolegom w trosce o chleb powszedni, lecz nie wpłynąłby na poziom moralności w sferze lekarzy, zwłaszcza na prowincyi i nie poprawiłby materyjalnego bytu lekarzy i ich rodzin. Prof. Billroth w pracy znanéj i czytelnikom Przeglądu Lekarskiego oświadcza się za elementarną zmianą wychowania, zmniejszenia liczby słuchaczy uczęszczających na kursa lekarskie, którzy nie wynoszą przy wielkim natłoku studentów żadnych korzyści ani z odczytów teoretycznych ani z zajęć praktycznych w laboratoryjach i klinikach. Ten sam, tylko bardziéj rażący stosunek przedstawiają uniwersytety rosyjskie. Zmniejszenie i ograniczenie do pewnéj normy studentów medycyny mogłoby śród naszych obecnych warunków nie narażać młodzieży szukającéj w przyszłości zarobku na smutne zawody i rozczarowania a przez to samo i stosunki pomiędzy lekarzami mogłyby się poprawić, a wykroczenia przeciw etyce nie byłyby tak częstemi zmniejszając konkurencyję i współzawodnictwo pomiędzy lekarzami.

Nie mogę w końcu dzisiejszego listu nie zaznaczyć pracy wyszłéj z naszego kraju jako przyczynek do dziejów wszechnicy wileńskiéj a mającéj związek z historyją medycyny w naszych prowincyjach, a jest nią monografija Dra Józefa Bielińskiego, biblijotekarza Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, p. t. „Doktorowie medycyny promowani w Wilnie“ od r. 1785 po 1842. Wszystkich razem naliczył autor 212, choć liczba ta prawdopodobnie była jeszcze wyższą. Obecnie jak słyszeliśmy, wykończył inną pracę, zawierającą spis wszystkich uczniów szkoły lekarskiéj wileńskiéj, których naliczył z 800, a pamięć ich żyje po dziś jeszcze w tradycyi i opowieści na dalekich przestrzeniach kraju. Praca ta zajmie w piśmiennictwie naszém poczesne miejsce obok niedokończonego niestety „Słownika lekarzów polskich“ ś. p. Kośmińskiego. Autor swemi monografijami chce jakby od zapomnienia ochronić tak niedawną jeszcze naszą naukową działalność w tutejszych prowincyjach, aby o niéj kiedyś nie powiedziano z Wirgilijuszem: *Nec locus, ubi Troja fuit.*

J. Iłgowski.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

* **Cholera** podobno znów się pojawiła w Budapeszcie. Odchody pewnego chorego, umieszczonego w szpitalu, prymaryjusz Dr. Angyan przesłał prof. Scheuthauerowi, który sprawdziwszy w nich laseczniki przecinkowe uznał przypadek za cholerę azyjatycką. Od tego czasu pojawiły się jeszcze 2 przypadki podejrzane. Tymczasem donoszą dzienniki polityczne, jakoby prof. Babes miał nie zgodzić się na rozpoznanie Scheuthauera. Niedaleka przyszłość pokaże, kto miał słuszność.

○ Odradzanie od poświęcania się naukom lekarskim. W wykonaniu uchwały XIV niemieckiego wiecu lekarskiego Rada zawiadowcza Związku Towarzystw lekarskich wystosowała do dyrektorów gimnazyjów humanistycznych w państwie niemieckiém odezwę, któréj treścią jest odradzanie od poświęcania się naukom lekarskim. Odezwa opiera się na wyczerpujących i dokładnych datach statystycznych dodanych na końcu w postaci tabel. Poprzedza zaś samą rzecz pogląd na liczbę niemieckich uczniów medycyny w Uniwersytetach niemieckich, daléj podano tablicę wykazującą, ilu lekarzy otrzymało uprawnienie do praktyki, ilu zmarło a w końcu stosunek liczby lekarzy do ludności. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 12).

○ Próba głodowa w Berlinie. Norwegczyk Franciszek Cetti rozpoczął 14 marca r. b. próbę głodową w Berlinie, pod nieustannym nadzorem lekarzy a pod odpowiedzialnością proff. Senatora, Virchowa i Zuntza. Za każdy dzień otrzymywał 100 marek wynagrodzenia. Policyja nie zezwoliła na to, aby publiczność za opłatą w czasie téj próby odwiedzać mogła poddanego głodzeniu. Przy początku próby miał prof. Senator wykład przed zaproszonymi lekarzami i dziennikarzami itd. o wartości téj próby pod względem naukowym, a prof. Zuntz objaśnił fizyjologiczne ważenia, jakie mają być na Cettim podejmowane i narzędzia, które w tym celu stósowane będą. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 12).

○ Nowa antyseptyczna oprawa Listera. L. używa obecnie (według *Wien. med. Presse*, 1887, Nr. 11) do napojenia materyjałów opatrunkowych alembrotu, połączenia złożonego z 4 atomów salmijaku i 1 atomu sublimatu. Alembrot jest połączeniem białém krystalizującém w słupach rombicznych, w wodzie łatwo rozpuszczalném, powstaje, gdy łączymy wysycony wodny roczyn salmijaku z takimże roczynem sublimatu. Łatwa rozpuszczalność w wodzie czyni, iż ten przetwór wielce się nadaje do napajania materyjałów opatrunkowych. L. używa $^1/_{200}$ % watę alembrotową i gazę alembrotową i barwi je dodatkiem do roczynu $^1/_{100000}$ barwy niebieskiéj, aby można napojenie materyj opatrunkowych kontrolować. Nowa ta oprawa ma posiadać znaczną własność napajania się, pewne przeciwgnilne działanie; łatwém jest obchodzenie się z tym środkiem i łatwo go przyrządzić. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 12)

○ Towarzystwo palenia zwłok w Medyjolanie w niewielu latach swego istnienia niezmiernie wzrosło: liczy 400 członków i posiada kapitał zakładowy 80.000 lirów. Pod energicznym kierunkiem zarządu założono w reszcie Włoch 34 towarzystw palenia zwłok.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 kwietnia. **Bióro redakcyi Przeglądu Lekarskiego znajduje się odtąd na Podwalu 10 (w domu p. prof. Jakubowskiego).**

* Podajemy w dalszym ciągu depesze i listy nadeszłe z powodu jubileuszu Przeglądu Lekarskiego.

Praga czeska. Sbor professoru česke fakulty lekarske vskazuje svuj pozdrv a blahoprani za pricinou 25letého jubilea Przeglądu Lekarskiego. Tomsa, decanus.

Pisarzowa. Nie mogąc wziąć udziału w dzisiejszéj uroczystości myślą obchodzę ją z Wami i zasyłam serdeczne „Szczęść Boże“ tak Towarzystwu jak i szanownemu Redaktorowi. Obyśmy w równie pomyślnych warunkach doczekali drugiego takiego jubileuszu. Prof. Pareński.

Praga czeska. V duchu se účasnime dnešni slavnosti Przeglądu statečnému bojovniku na poli polské lékařské véde nejsrdečnější gratulaci. Přeje, aby jak dosud i v budoucnosti zkvetal a povést lekařské polské vědy hlásal. Redaktoru prof. Blumenstoku s nejsrdečnější gratulaci vyslovuji svuj obdiv za neumocne snaženi prof. Maixner.

Praga czeska. Ku dnešnímu slavnostnímu dnu ma srdečná blahopřaní. Prace polské vaši vědy zabespečuje národu vašemu budoucnosti. Jsem v upomiuce dnes mezi Vami a volám: Szczęść Boże! Prof. Janovsky.

Praga czeska. Nech se na dále daři společne praci polských a českých přirodovědců tak blahodarně započaté prvnim 25letím. Vivat, crescat, floreat. Dr. Kurz, Starosta Živy.

Smichow. Slavice s Vami v duchu 25-lete trvani Vasi literarni činnosti. Volame Vam k dalsi vedecke pouti uprime na zdar. Redakce prirodnickeho časopisu Vesmir Praha.

Nepomuk. Dnešnímu jubileu Przeglądu jeho dalšímu zkvetaní. Všem pěstovatelum vědy polské a pravě shromazděným drahým kollegum srdečné na zdar a hřimavé sláva. Spolek lekařů zdravotniho obvodu klatovského. Dr. Ant. Kubec, president.

Buczacz. Czcigodnemu redaktorowi przesyłam najszczersze gratulacyje z powodu dzisiejszéj uroczystości, życząc aby znakomicie redagowany Przegląd Lekarski doczekał się stuletniego jubileuszu. Były sekretarz Komisyi redakcyjnéj Dr. Obtułowicz.

Poznań. Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu przesyła

we własnėm i w imieniu Sekcyi lekarskiéj Towarzystwo Przyjaciół Nauk w 25-letnią rocznicę Przeglądu Lekarskiego życzenia dalszego pomyślnego rozwoju i skutecznego krzewienia polskiego piśmiennictwa lekarskiego. Dr Wicherkiewicz.

Kamieniec Podolski. Raczcie przyjąć powinszowanie tego srebrnego wesela Waszéj gazety z nauką swojską lekarską. Przy naszych stósunkach uroczystości podobne są niepowszedniém zjawiskiem. Ćwierćwiecze — okres wprawdzie niewielki, a jednak ileżto huraganów nad nami przegrzmiało, ile mogił.... Nie chcę wszakże rozwijać żałobnego całunu w godowéj i pięknéj chwili, — choć się i zmarłym należy wspomnienie. Raz jeszcze najserdeczniejsze życzenia! Jeden ze starszych współpracowników Przeglądu Lekarskiego i stały od początku jego prenumerator. Dr. Antoni Józef Rolle.

Dorpat. Niech i mnie wolno będzie radość swoją zaznaczyć i złożyć hołd niespożytym zasługom na polu piśmiennictwa ojczystego. Wyrazy najgłębszego szacunku, najrzetelniejszego poważania przesyła pragnący wstąpić w ślady mistrzów St. Szcz. Zaleski.

Warszawa. Spieszę złożyć najszczersze życzenia szanownéj redakcyi Przeglądu Lekarskiego, znanéj lekarzom-polakom ze ściśle naukowego kierunku swego i bezstronności zawodowéj. W imieniu redakcyi *„Zdrowia"*. J. Polak.

Tarnobrzeg. Przesyłam Wnym Panom Profesorom, redaktorom i kolegom szczere i serdeczne życzenia. Oby kiedyś wszyscy bez wyjątku w zdrowiu obchodzili 50-letnią rocznicę Przeglądu Lekarskiego. Dr. A. Reifer.

Genewa. Nie mogąc korzystać z łaskawego zaproszenia na obchód uroczystości 25-letniéj rocznicy Przeglądu Lekarskiego proszę przyjąć najserdeczniejsze życzenie długiego życia i powodzenia dla dzielnego Waszego pisma lekarskiego a zarazem wyrazić całe moje uwielbienie dla redakcyi w ogóle a w szczególności dla szan. redaktora, który niezmordowaną pracą tak wielkie dla literatury krajowéj oddaje usługi. Towarzystwu całemu wyrażam moją cześć. Prof. Laskowski.

Rzeszów. Pospieszam złożyć wyrazy szczerego uznania za zasługi, jakie w sprawie piśmiennictwa lekarskiego położył Przegląd Lekarski a nadewszystko jego tyloletni redaktor. W imieniu wszystkich kolegów Sekcyi Rzeszowskiéj Tow. lek. galicyjskich życzę powodzenia i pomyślnego rozwoju dla Przeglądu, a czerstwego zdrowia i wytrwałości na wytkniętéj drodze redaktorowi Drowi Blumenstokowi. Dr. J. Barzycki, przewodniczący sekcyi rzeszowskiéj.

Ołomuniec. Posílám Vám original telegramu, Vam k 25-letému Vašemu jubileu z Olomouce zaslaného. Podepsalo jej osm lékařův českých v Olomouci. Jsou to kolegové nasledujici: Prof. Dr. Vyšín Vojtěch, Dr. Josef Mrazek, Dr. František Pokorný, Dr. Wankel Jindřich, Dr. Přecechtěl František, Dr. J. Vychnanek, Dr. Josef Tichý, Dr. Fr Poštulka.

Warszawa. Nie będąc w stanie zadość uczynić zaszczytnemu wezwaniu wielce poważanego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego do przyjęcia osobistego udziału w uroczystém posiedzeniu dla uczczenia 25cioletniéj działalności Jego literackiego organu, pospieszam przesłać na ręce szanownego Prezesa Towarzystwa serdeczne powinszowanie z okoliczności tego sympatycznego jubileuszu i wyrazić gorące życzenia co do dalszego pomyślnego rozwoju wielce zasłużonego pisma. Przegląd w ciągu pierwszych 25 lat swego istnienia przyczynił się niezmiernie do rozwoju samodzielnéj nauki krajowéj i skutki téj pożytecznéj działalności nie przestałyby pojawiać się bezustannie w medycynie krajowéj, choćby istnienie pisma zostało przerwaném. Ponieważ jednak dalsze jego wydawnictwo zupełnie jest ustalone przez ścisły związek z Towarzystwem lekarskiém, spodziewać się można, że pomyślna działalność pisma nietylko nie ulegnie zmianie, ale ciągle wzrastać będzie i wywrze najzbawienniejszy wpływ na umysłowy i materyjalny byt narodu. Przy téj sposobności składam Towarzystwu lekarskiemu wyrazy wysokiego poważania jako jego wierny członek H. Hoyer.

Warszawa. Szanowny Panie Prezesie! Gdyby nie choroba, która mię już od dwóch miesięcy do łóżka przykuwa, byłbym zapewne do Krakowa pospieszył na obecną uroczystość Waszą, ażebym Wam raz jeszcze najserdeczniéj podziękował za zaszczyt, jakiście mi zrobili mianując mnie członkiem honorowym Towarzystwa Waszego. Nie mogąc wszelako inaczéj, pospieszam złożyć Wam piśmiennie moje powinszowanie w dniu 25-letniego jubileuszu Waszego Przeglądu Lekarskiego, uznając wysokie jego zalety, tém więcéj, że skrzętna i zacna praca Wasza posiała ziarno, z którego nie jeden już wykwitł owoc dla społeczeństwa naszego. Nie mając potrzeby zagrzewać Was do ostatecznego wytrwania łączę wyraz wysokiego uznania dla szanownego Redaktora Przeglądu, jako czcigodnego przewodnika Waszych usiłowań. Prof. Dr. Szokalski.

Chełmno. Raczcie przyjąć najserdeczniejsze moje życzenia z powodu 25-letniego jubileuszu Przeglądu Lekarskiego. Niech i nadal rozwija się szczęśliwie to najlepsze nasze pismo tak, jak dotychczas, pod światłą opiekę redaktora Dr. Rydygier.

Poznań. Towarzystwo przyjaciół Nauk poznańskie, a w szczególności Wydział jego lekarski, poczuwa się do obowiązku złożenia Przeglądowi Lekarskiemu w dniu uroczystego obchodu ćwierćwiekowéj jego działalności wyrazów rzetelnego uwielbienia dla jego pełnéj trudu i ofiarności pracy pożytecznéj, a zarazem głębokiéj wdzięczności za gościnny przytułek udzielany cegiełkom wielkopolskim w wzniesieniu wspaniałego przytułku wiedzy lekarskiéj, na jaki Przegląd Lekarski pod mistrzowskiém kierownictwem niezmordowanego głównego Redaktora jego ku chlubie narodu naszego wyrósł.

Dr. Kaczorowski, przewodniczący. Dr. Wicherkiewicz, sekretarz wieczysty.

(S.) Z powodu jubileuszu „Przeglądu Lekarskiego" zamieszcza Časopis lékařův českých nader przychylny artykuł o naszych stowarzyszeniach lekarskich i ruchu literackim lekarskim; artykuł kończy się jak następuje: „W ruchu tym brał Przegląd przeważny udział a oprócz tego, że jego naukowe stanowisko i płodność stawiają go w rzędzie pierwszych pism lekarskich, cenić musimy wpływ tego pisma na całe pokolenie, które zachował dla wiedzy słowiańskiéj, które bez jego wpływu byłoby niewątpliwie utonęło w morzu wiedzy dobrych sąsiadów naszych. Oby nadal kwitnął Przegląd Lekarski i oby wzmacniał nadal zastęp przedstawicieli wiedzy polskiéj; ich pracy zabezpieczającéj byt narodu wołamy z serca: Slava".

* Prof. Mikulicz wyjechał już z Krakowa, udając się wprost do Królewca, celem objęcia katedry tamecznéj. Przez miesiąc kwiecień kierować będzie kliniką chirurgiczną krakowską z upoważnienia Wydziału lek. asystent 1szy Dr. Trzebicky.

* Otrzymaliśmy 14te Sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpit. dla dzieci w Krakowie za r. 1886. Z powodu dłuższéj choroby dyrektora prof. Jakubowskiego przez lato pełnił obowiązki jego zastępczo Dr. F. Murdzieński; asystentem klinicznym mianowany został Dr. Smolarski, a sekundaryjuszem 2im Dr. Wachtel, sekundaryjuszem 1ym jest Dr. Koy. Dochód i rozchód równoważyły się w wysokości około 15.000 złr. W r. 1886 przyjęto 722 chorych dzieci, pozostało z r. ubiegłego 75, razem więc było 797; z nich umarło 134 = 16·8% a po odtrąceniu 11 dzieci przyniesionych w chwili konania 123 = 15·4%. Dni leczenia było 24,655.

Wiadomości uniwersyteckie. **Bazyleja**. Dr. Fehling, dyrektor szkoły dla akuszerek w Sztutgarcie powołany został na katedrę położnictwa i takową przyjął. — Prof. Socin obchodził niedawno 25-letni swój jubileusz nauczycielski. — **Graz**. Prof. Soltmann we Wrocławiu nie przyjął katedry pedyjatrycznéj. — **Würzburg**. Gdy prof. Jolly w Strasburgu nie przyjął ofiarowanéj sobie tutejszéj katedry psychijatryi, przedstawiono na nią docenta Dra Riegera. Jako następca prof. Geigla przedstawiony został docent Dr. Matterstock. — **Marburg**. Prof. Roser, najstarszy czynny prof. chirurgii w Niemczech, obchodził przed kilku dniami urodziny swe 70te. — **Lipsk**. Prof. Heubner mianowany został honorowym zwyczajnym prof. pedyjatryi. — **Petersburg**. Dr. Miliszenin habilitował się jako docent fizyjologii.

* **Odznaczenia**. Lekarze jeneralni sztabowi prof. Bardeleben i Dr. Wegner w Berlinie otrzymali rangę jenerał-majorów, a Dr. Podrazky w Wiedniu order Leopolda.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Władysław Świątecki, rodem z Wypnichy w Król. Polskiém.

* **Nekrologija**. W Włocławku umarł Dr. Adam Chałupczyński licząc lat 64, uczeń uniwersytetu moskiewskiego,

a w Warszawie Dr. Paweł Lewartowski, praktykujący na Pradze, w 45 roku życia. (*Medycyna*). — W Pradze czeskiéj umarł w 70 roku życia prof. położnictwa w Wydziale czeskim Dr. Jan Streng. Urodzony w Pradze wykładał przez czas dłuższy położnictwo dla akuszerek w Wydziale lek. niemieckim, a w r. 1878 był rektorem Uniw. niemieckiego; przeszedłszy na Wydział czeski bezpośrednio po jego powstaniu wybrany został w r. 1884 rektorem Uniw. czeskiego, a w dniu instalacyi darował 4.000 zła. na stypendyjum dla biednych uczniów medycyny. Powszechnie poważany i od N. Pana orderem korony żelaznéj zaszczycony pracował do ostatniego tchnienia. Cześć Jego pamięci!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 14: Szteynera: O zeszyciu żołądka (dok.); Guranowskiego: Przyczynek do kaznistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Szadka: Karbelan rtęci i zastósowanie jego w przymiocie; Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.); Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci. (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 9: Szadka: Przypadek rumienia wielopostaciowego tułowia i odnóg; Feigla: O naglęj śmierci w skutek gwałtownych wzruszeń umysłowych. — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 4: Szpilmana: Zaraza drobiu zwana cholerą kur (dok.); Królikowskiego: Przyczynek do leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi.

Redakcyja otrzymała:

Dr. SZADEK: Krótkie sprawozdanie z 70 przypadków róży. (Odbitka z *Gaz. Lek.*, 1886), in 8vo, str. 8.

Prof. MIKULICZ: Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem. (Odbitka z *Przeglądu Lek.*) 1887, in 8vo, str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie

FRITSCH H. Ueb. die Verwendung der Jodoformgaze in der Gynäkologie. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et H. (Vollkmann's S. 288). Pf. 75.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: 1) Okólnik o Zakładzie leczniczym Dra Żelazki dla umysłowo chorych oraz 2) o Zakładzie w Cieplicach trenczyńskich

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

STARANIEM

Wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4złr.—3 Rs. 70. kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 75 c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopatologija Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) Dra Ż. Krówczyńskiego ze Lwowa. **Syfilidologija.** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 złr.

8) Dra Stanisława Smoleńskiego, kierownika Zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku. **Hydroterapija.** Dzieło oryginalne Kraków 1884. Cena 1 złr. 85 ct.

9) Dra Alfreda Obalińskiego, Profesora Uniw. Jagiell. w Krakowie. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich.** Kraków 1886. Cena 1 złr. 80 ct.

10) Dra Tadeusza Żulińskiego. **Higijena szkolna.** Wydanie pośmiertne, do druku przygotowane i uzupełnione przez Dra Kazimierza Grabowskiego, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Kraków 1886. Cena 1 złr. 60 cnt.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, jakotéż w Redakcyi Medycyny w Warszawie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 16 Kwietnia 1887. Nr. 16.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rekopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

I. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych.

Podał

Prof. Dr. Mierzejewski w Petersburgu.

(Według wykładu swego, mianego na tegorocznym Zjeździe psychijatrów w Moskwie).

Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Wyżéj wymienione nieprzyjazne warunki wytworzyły z osób mniéj silnych całą warstwę pokolenia fizycznie i moralnie wątłego, posiadającego chorobową drażliwość układu nerwowego, podniecającego się za zupełnie nieznacznem nawet pobudzeniem zewnętrznem, szybko nużącego się, pokolenia niezdolnego do dłuższéj pracy, rygoru i wytrwałości, a w skutek słabo rozwiniętéj władzy myślenia i rozumowania skłonnego do przyjęcia wszelkich przewrotnych teoryj i mrzonek filozoficznych z odcieniem pesymistycznym. Nic więc nadzwyczajnego, że na glebie tak jałowéj w sensie higijeny moralnéj rozrodził się bujny chwast pesymistycznéj filozofii. Nihilizm jest gałęzią tego systemu filozoficznego, który zowiemy pesymizmem. Podobnie do buddyjskiéj nirwany, do teoryi Hegesiasa i nowoczesnych jego naśladowców: Schopenhauera, Leopardiego i Hartmanna, ostateczny cel nauczania nihilistycznego prowadzi do samounicestwienia. Życie, byt, to niedola, i od życia tego lepszą jest śmierć, ten sen cichy bez zwidywań sennych. Drogą dyjalektycznych wywodów i spekulacyjnych rozumowań nihilizm prowadzi do samobójstwa moralnego, t. j. do pozbycia się ideałów, pojęć etycznych, praw przedwiecznych, posiadających w mózgu odziedziczoną własność oddziaływania określonym sposobem na zewnętrzne wpływy ustalonego ładu otoczenia. Odstrychnięcie się od wielowiekowéj, świetnéj sławnemi dziejami historyi, od prastaréj uprawy umysłowéj, pognębienie swobody osobistéj, unicestwienie dążenia do rozwoju indywidualnego i to wszystko dla pogoni za czémś mglistém, złudném, dla samego niebywałego eksperymentu, pociągającego za sobą tylko ofiary i zniszczenie, — słowem, wszystkie te objawy biednéj ludzkiéj głowy nie są czém inném, jeno zwyrodnieniem prawdziwéj twórczości; mogły one puścić korzenie i dojrzeć tylko na glebie głębokiego spaczenia duchowego ładu, i oddziaływać tylko na nieustaloną samowiedzę młodzieży, na jéj wyobraźnię zapalczywą, którą pociąga często to, co niemożebne i złudne, chociażby nawet w tak zdrożnych kształtach.

Wyznanie skopców nie jest równie czém inném, jak tylko odcieniem tego nauczania, które nazwaliśmy pesymizmem, lecz w zupełnie odmiennym zakresie. Sekta skopców w ostatecznym wyniku dąży po drodze grubego fanatyzmu wierzenia do zagłady rodzaju ludzkiego. Nihilizm, jak potok wzburzony, drążąc głębę, porywa wykorzenione w swym pędzie i chwasty i kwiaty i plony użyteczne; skopiectwo podobne do mętnéj stojącéj wody, która występując od czasu do czasu z swych brzegów, zalewa sąsiednie grzęzawisko. Pierwszy, t. j. nihilizm, chociaż w ścisłém pojęciu nie jest pomięszaniem umysłu, raczéj jest chorobą środowiska, nie mniéj stanowi ważny czynnik, usposabiający do chorób umysłowych; ostatnie, t. j. skopiectwo, nie prowadzi do powstawania psychóz, gdyż pozbycie się tak ważnego narządu i z nim ściśle związanych czynności psychicznych, obowiązków i potrzeb moralnych, zbliża skopiectwo w pewnym stopniu do idyjotyzmu, w którém obok zabiegów o materyjalny dobrobyt, nie mają przystępu wyższe zadania społeczne i bytowe, na zawsze zamarłe w skażonéj samowiedzy.

Jeżeli więc dziedziczność, opilstwo i nieprzyjazne warunki społeczne stanowią najważniejsze czynniki usposabiające do chorób umysłowych i nerwowych, to nasuwa się pytanie, jaką bronią walczyć należy z temi tak dotkliwemi objawami bytu społecznego.

1. Ażeby uniknąć chorobowéj dziedziczności, należy zwrócić szczególną uwagę na szkodliwość małżeństw zawieranych między takiemi osobami, u których istnieje usposobienie do chorób umysłowych, gdyż potomstwo takich stadeł

skazane jest nieubłaganym wyrokiem losu na zwyrodnienie psychiczne. Wiedząc dobrze, że najniebezpieczniejszém dla potomstwa jest tak zwane dziedziczenie dośrodkowe, t. j. dziedziczenie po takich rodzicach, którzy oboje są usposobieni do chorób umysłowych, i że usposobienie do chorób umysłowych jednego z rodziców może się poniekąd równoważyć i naprawiać dobrém zdrowiem drugiego, w czém zdrowie matki ma dla potomstwa zbawienniejszy wpływ aniżeli ojca, lekarze obowiązani wygłaszać i objaśniać te prawdy, zdobyte naukowém spostrzeganiem, tak ażeby one weszły w krew i soki społeczeństwa, stały się jego nabytkiem. Niezawodnie w sprawie maleństwa nie zawsze można kierować się rozwagą, nawet przy świadomości ostrzegających naukowych zasad i wskazówek; lecz z drugiéj strony nie należy marzyć o zapobieżeniu złemu drogą przepisów prawnych i surowego karcenia wykraczających. Tylko rozwój samowiedzy w narodzie, ścisłe stosowanie się do obowiązków społecznych, świadomość odpowiedzialności przed sumieniem własném mogą stanowić pewną i potężną tamę dalszemu szerzeniu się złego. Nie samowolna represyja, lecz wola kierowana poznaniem prawdy i świadomością obowiązków społecznych zdziałać może wiele w téj sprawie.

2. Środki mające zapobiedz opilstwu stanowią ogólnopaństwowe zadanie, z którém związane są nietylko sprawy zdrowia społecznego i moralnéj higijeny, lecz i inne uboczne, niemające ze zdrowiem nic wspólnego.

Pierwsze miejsce pomiędzy środkami zapobiegającemi opilstwu zajmują przepisy prawne, administracyjne i finansowe, regulujące warunki handlu wyskokiem, a w szczególności ograniczające lub téż zakazujące rozsprzedaży napojów wyskokowych, zawierających w sobie szkodliwe przymieszki, o których wyżéj była mowa. Zastosowanie takich przepisów nie jest rzeczą łatwą, głównie z tego powodu, że napoje wyskokowe czyste, nieszkodliwe, są bardzo kosztowne, i nie ma widoków, ażeby rychło powiodło się nauce wynaleźć sposoby taniéj ich fabrykacyi. Chociaż względy należne wolności obywatelskiéj, handlowéj i przemysłowéj ścieśniają nadzwyczaj koło ochraniających przepisów prawnych, to z drugiéj strony samo poszanowanie swobody obywatelskiéj i handlowo-przemysłowéj nie powinno pozbawiać państwa praw i obowiązków zaopiekowania się bezwiednym tłumem, chroniąc go od spożywania drogą kupna znanych trucizn. Belgija posiadająca na 5,000.000 mieszkańców 80.000 szynkowni, obłożyła je 1,600.000 frankami podatku; kwota ta jest przeznaczoną na utrzymanie policyi zdrowia, mającéj jedynie zadanie czuwać nad czystością sprzedawanych napojów wyskokowych. Surowe przepisy prawne w Szwecyi przeciw nadużyciom napojów wyskokowych znacznie przyczyniły się do zmniejszenia pijaństwa, do czego rownież nie mało pomogło sumienne czuwanie w tém państwie nad chemiczną czystością sprzedawanego wyskoku.

Środki, któreby należało zastosować w Rosyi przeciw pijaństwu, a zatém i obłąkaniu w skutek pijaństwa, mieszczą się w następujących wnioskach:

a) pozostawić wszelką swobodę handlowaniu takiemi napojami wyskokowemi, które są uznane za mniéj szkodliwe, a mianowicie: piwem i winem, z tém jednak zastrzeżeniem, że napoje te będą dobrego gatunku i niefałszowane;

b) poddać nader ścisłemu dozorowi fabrykacyję wódki żytniéj i ziemniaczanéj; wyznaczać premije tym gorzelnikom, którzy ulepszą sposoby pędzenia wódki w kierunku zmniejszenia przymieszki istot szkodliwych, lub przekształcenia tych przymieszek na mniéj szkodliwe, tak ażeby oczyszczona tym sposobem wódka zbliżyła się swemi własnościami do wyskoku winowego;

c) nałożyć na szynkownie wódczane wysoki podatek i upoważnić do tego handlu tylko osoby znane miejscowéj administracyi z swéj moralności i sumienności; wreszcie

d) pociągać do odpowiedzialności osoby upijające się w miejscach publicznych, ustanowić zakłady dla pijaków, w których umieszczanoby tylko osoby, niemogące zwalczyć nałogu przy zwykłych sposobach leczenia, a które będąc na wolnéj stopie, zamącają spokój publiczny i szerzą zgorszenie.

3. Nie będąc w stanie szczegółowo rozpatrzeć się w środkach zmierzających do zmniejszenia tak licznych a szkodliwych wpływów społecznego środowiska, poprzestanę tylko na téj uwadze, że dla zrównoważenia okoliczności przygnębiających, wypływających z otaczającego środowiska społecznego, oprócz poprawy stanu majątkowego i podniesienia moralnego poziomu, należy uprawiać te szlachetne popędy, które podnosząc skalę moralności dają w zamian człowiekowi opór przeciw licznym pokusom i upodleniom w walce o byt. A polega ta uprawa szlachetnych popędów na przyswojeniu sobie idealnych pojęć o szczęściu, wynikających z praktycznéj filozofii życia. Pojęć tych jest trzy rodzaje: pierwszy wyraża się wiarą, że szczęście to jest możebne w życiu przyszłém pozagrobowém. Wiara ta jest jedyną kotwicą wszystkich cierpiących, pokrzywdzonych; jest ucieczką, na którą wskazuje religija, zwłaszcza chrześcijańska, jako na jedyną nagrodę za udręczenia i boleści, na które na świecie nie ma lekarstwa. Drugi rodzaj pojęcia o szczęściu polega na pragnieniu człowieka użytkowania życia w pospolitém praktycznem pojęciu tego wyrazu, w niczém nieścieśnianém ćwiczeniu uczuć, rozwijaniu umysłu, pracy naukowéj, artystycznéj; w dopięciu tego szlachetnego poczucia, jakie stwarza świadomość wypełnionych wzniosłych zadań życia; w zamiłowaniu do pracy, w dążeniu do potęgi i sławy. Trzeci rodzaj pojęcia o szczęściu stanowi wiara, że w przyszłości wszystko się naprawi i będzie lepiéj, ku czemu zmierza praca każdego poprzedniego pokolenia. Szczęście pojedyńczéj osoby należy poświęcić dla szczęścia przyszłych pokoleń. Słowa, które wypowiedział Broca w Moskwie 1879 r., najlepiéj cechują te idealne dążenia: „Jeżeli człowiek pierwobytny, współcześnik mamuta i jaskiniowego niedźwiedzia, władając tylko dwoma cudownemi narządami: mózgiem i ręką, potrafił przeciwstawić rubasznéj potędze zręczność i pomysł, i nie dość, że zwyciężył te olbrzymy, lecz i stał się panem świata, to czegóż nie dokaże człowiek współczesny, z tegoczesną oświatą, nauką i z udoskonalonemi przyrządami, służącemi ku poznaniu praw przyrody i poddaniu jéj swojéj władzy i woli“. Słowem, wzniosłe to marzenie o przyszłém szczęściu na ziemi, które ma nastąpić w skutek wynalazków naukowych, stanowi właściwą filozofiję postępu.

Każde z tych trzech pojęć o szczęściu i dążeń do jego zdobycia, prowadzi do życia, pracy, pożytecznéj działalności. Ideały te uszlachetniają duszę, podnoszą nastrój duchowy, skrzepiają siłę moralną, stanowią przeciwwagę wrażeniom przygnębiającym, pomnażają w człowieku siłę i energiję, tyle niezbędne dla cierpliwego zniesienia przeciwieństw, nastręczających się w walce o byt. Ta dźwignia moralnéj wytrwałości stanowi jednocześnie potężne przeciwstawienie szkodliwym wpływom przygnębienia, gniotącego ustrój duchowy, i osłabiając siłę jego szkodliwości, chroni ten ustrój od chorobliwości. Główném zatém zadaniem społeczeństwa winno być utrwale-

nie w świadomości ogółu tych dążeń idealnych, a dodać należy, że dla dopięcia tego wzniosłego celu należy zacząć wpajać tę świadomość od najmłodszych lat. Jestto zadanie pedagogii, ale żeby temu zadaniu wychowawcy zadość mogli uczynić, należy wpływać na mózg zdrowy, nieznużony nieumiarkowanemi wymaganiami nowoczesnego szkolnictwa.

Oczywiście, że wszystkie wymienione okoliczności, sprzyjające zwiększającemu się rozwojowi chorób umysłowych i nerwowych, wymagają środków zaradczych, których zastosowanie nie leży w zakresie saméj tylko nauki lekarskiéj; uzdrowienie chorób społecznych zależy przeważnie od współudziału całego ogółu, praca to powolna, całowiekowa. Zachody przedsiębrane w celu dostarczenia prawidłowéj opieki i fachowego leczenia chorych na umyśle, stają się têm samêm środkami ku zmniejszeniu liczby obłąkanych, gdyż zwiększając odsetek uleczeń z chorób umysłowych i zapobiegając przejściu ich w stan nieuleczny, obniża się przez to liczba przewłocznie chorych, stanowiących ciężkie brzemię dla społeczeństwa. Ażeby jednak zachody te uwieńczyły się zupełnêm powodzeniem, nieodzownie należy zapoznać się z stopniem złego, zbadać wszystkie jego szczegóły tak, ażeby rozmiary zarządzonych środków stosowały się do rozmiarów potrzeby. I rzeczywiście, czyż posiadamy statystyczny materyjał, niezbędny dla zapoznania się z stanem umysłowo chorych w Rosyi? Zacznijmy od sprawy najelementarniejszéj, czy zna kto z nas liczbę obłąkanych w państwie rosyjskiém? Prawidłowa kontrola nigdy nie istniała. Z sprawozdań lekarskiego departamentu za ostatnie lata możemy sobie wyrobić zaledwie niedokładne pojęcie o liczbie obłąkanych, trzymanych w zakładach. Według sprawozdania Lekarskiego Departamentu za r. 1878, liczba łóżek dla umysłowo chorych wynosiła 9,074, lecz do tego obliczenia nie włączono wykazów z następujących gubernij: Archangielskiéj, Władymirskiéj, Wołyńskiéj, Grodzieńskiéj, Jenisejskiéj, Kowieńskiéj, Orenburskiéj, Smoleńskiéj, Twerskiéj, Tulskiéj, Estlandskiéj i z miasta Petersburga (z wyjątkiem chorych, przyjmowanych do czasowych policyjnych ambulansów). Natomiast pewne i szczegółowe sprawozdania o liczbie obłąkanych w pomienionym roku nadeszły z gubernij Kurlandskiéj i Liflandskiéj. W téj ostatniéj naliczono obłąkanych, idyjotów z urodzenia, epileptyków 2,5 na 1000 mieszkańców; w Kurlandyi stósunek ten wynosił 2,3:1000. Prócz tego posiadamy częściowe wiadomości o obłąkanych płci męskiéj, należących do wieku popisowego, mianowicie tych, którzy stawali przed komisyjami poborowemi w latach 1876, 1877 i 1878. (C. d. n.)

II. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośnii i Hercogowinie.

Podał
Dr. Leopold Glück,
lekarz obwodowy i kierujący szpitalem w Trawniku w Bośnii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

1go grudnia 1885 dostawiono do leczenia do szpitala w Trawniku od urzędu powiatowego 26-letniego wieśniaka Nikę N. z Ricic; z powodu kiły został wpisany pod Nr. 134 z następującemi zmianami: Chory jest wzrostu małego, źle odżywiony. W rowku nosowym prawym znajduje się wrzód 1½ cm. długi a 1 cm. szeroki, o brzegach wyniosłych, nieco nieregularnych. Podstawa ubytku tego twarda, ostro odgraniczona; powierzchnia jego nierówna, czerwona, wydzielająca nieznaczną ilość ciągliwéj cieczy. Gruczoły limfatyczne po prawéj stronie przed uchem, jak również jeden gruczoł na zewnętrznéj stronie szczęki dolnéj twarde, wyczuwalne. Nadto można przekonać się o ogólnêm obrzmieniu gruczołów. Na części głowy pokrytéj włosami znajdują się liczne, na szyi i piersiach odosobnione czerwone guzki. Na reszcie ciała nie można znaleźć ani śladu kiły. Chory podaje, że tą samą brzytwą, którą S. D. został zarażony, dał się golić; zauważył, że się zaciął w têm samêm miejscu, gdzie teraz wrzód się znajduje. Blisko 2 tygodnie potém zaczął się tworzyć wrzód, który mimo stósowania różnych środków domowych nie chciał się zagoić. Przed 8 dniami zauważył wysypkę na głowie, a że ani go to nie bolało, ani swędziało, nie zwracał na to wiele uwagi. Dopiero gdy się od starszych w gminie dowiedział, że jego sąsiad D. S. z powodu kiły w szpitalu został, sam zwrócił uwagę na swoje cierpienie i stawił się w urzędzie powiatowym, aby go przyjęto do szpitala. Wypuszczono go uleczonego 30go grudnia po 20 wcieraniach po 2·0 *pro dosi*. Rozumie się samo przez się, że mnie oba te przypadki szczególnie zainteresowały, nietylko ze względu na szczególny i rzadki sposób zakażenia, lecz także i ze względu na siedzibę pierwotnéj zmiany, a wreszcie i dla tego, że chciałem wykryć właściciela owéj nieszczęsnéj brzytwy. Wykryłem go w osobie Ilii Gr. sławnego golarza, który się już w szpitalu znajdował wśród leczenia przeciwkiłowego. Przyjęto go do szpitala z kłykcinami sączącemi na wardze dolnéj, języku, łukach podniebiennych i na nagłośni, nadto z kłykciną sączącą w kącie wewnętrznym prawego oka [1]), z guzkami na mosznach, blizną twardą wielkości centa na żołędzi i z wysypką guzkową na skórze. Jak sam podaje, miał już chrypkę, gdy wyżéj wspomnianych obu sąsiadów golił. I tego poddano wcieraniom [2]) z najlepszym skutkiem.

Andja M., dziecko 5 lat liczące, dobrze zbudowane, jednak w odżywieniu nieco podupadłe, dostawione zostało do leczenia ambulatoryjnego przez rodziców zupełnie zdrowych 4 września 1886. Ojciec opowiada, że dziecko często bawiło u sąsiada Anta S., który ma być dotknięty jakiémś cierpieniem, o ile mu się zdaje, „freniakiem," t. j. kiłą. Przed 2

---

[1]) Drugi przypadek kłykcin sączących w kącie wewnętrznêm oka i na obu powiekach oka prawego miałem sposobność obserwować w tym roku u 14-letniego chłopca, którego z powodu świeżéj kiły ogólnéj przyjęto do szpitala.

[2]) Przypadków zakażenia syfilitycznego za pomocą brzytwy, o ile ja wiem, w nowszéj literaturze mało jest opisanych; ja znam tylko 2 przypadki opisane przez Cocheza *(Paris médical* 78, 1880). Pierwszy dotyczył mężczyzny 45-letniego, któremu przy goleniu 11 lipca 1880, trzy małe cięcia zadano w szczękę dolną. Już 1 września zamieniły się te ranki w małe owrzodzenia, otoczone czerwonawemi dość zbitemi naciekami. Cochez posłał go z rozpoznaniem *epithelioma* do Deprésa w celu wykonania operacyi, ten jednak rozpoznał kiłę. Rozpoznanie to zostało sprawdzone 15 września, kiedy wystąpiła wyraźna wysypka guzkowa kiłowa.

12go lipca zauważył 22-letni młodzieniec, który się co drugi dzień dawał golić, we fałdzie między brodą a wargą dolną mały strupek. 14go lipca, t. j. 2 dni po têm, zauważył drugi na dolnéj części brody. Pod temi strupkami wytworzyły się wąskie podługowate owrzodzenia o szarém dnie i twardych brzegach. Wnet potém obrzmiały gruczoły podszczękowe. 10go sierpnia rozpoznał Deprès i w tym przypadku kiłę, co się téż już 19 sierpnia sprawdziło po wystąpieniu plam kile właściwych. Autor dodaje przytém wyraźnie, że można było w obu przypadkach na pewne wykluczyć zakażenie inną drogą.

tygodniami miało dziecko wrócić z krwawiącą wargą górną z domu sąsiada. Na zapytanie dziecko opowiada, że miało się bawić u sąsiada łyżką blaszaną i że się nią, biorąc ją do ust, skaleczyło. Rodzice na to nieznaczne zranienie nie zwracali uwagi, aż przed prawie 6ma tygodniami pokazał się wrzód. Od 2 tygodni uskarża się dziecko na bóle w jamie ust, tak że zaledwo jest w stanie jeść. Badanie wykazało następujące zmiany: Na brzegu wargi górnéj prawie w pośrodku jéj znajduje się ubytek błony śluzowéj wielkości centa, otoczony brzegami nieco wyniosłemi, zaczerwienionemi lekko, a o dnie nieco zagłębioném, miernie obłożoném. Warga górna ku środkowi nieco obrzmiała i w dotknięciu twarda. Podstawa wrzodu wyraźnie stwardniała.

Podobny, choć nieco mniejszy, wrzód znajduje się na wewnętrznéj powierzchni wargi dolnéj, bliżéj kąta lewego ust. Gruczoły podszczękowe po obu stronach znacznie obrzmiałe, pod skórą przesuwalne, twarde, niebolesne. Na powierzchni górnéj języka widzieć można 5 owalnych zagłębień wielkości soczewicy, nad któremi przybłonek białawoszaro zabarwiony, otoczonych czerwonawym wąskim brzegiem. Podobne zmiany znajdują się na podniebieniu twardém i na obu migdałkach. Na częściach płciowych dziewiczych dziecka, jako téż w ich otoczeniu nic nadzwyczajnego nie można napotkać; gruczoły limfatyczne wszędzie powiększone. Zaleciłem wcierania łagodne i podawanie *Syr. ferri jodati* wewnętrznie i zwróciłem uwagę rodziców, którzy dziecka pod żadnym warunkiem w szpitalu zostawić nie chcieli, na niebezpieczeństwo zarażenia się. Dalszego przebiegu choroby śledzić nie mogłem, ponieważ dziecka mieszkającego o kilka mil od Trawnika więcéj już nie widziałem. Ponieważ chciałem zbadać źródło zakażenia według podania rodziców, kazałem sobie sprowadzić wspomnianego Antona S., w któregoto domu dziecko miało się zarazić.

Człowiek ten jest dobrze zbudowany, miernie odżywiony, liczy lat 32. Na tułowiu i odnogach znalazłem brunatnożółtą wysypkę kiłową, prawdopodobnie byłyto ustępujące plamy kiłowe, na mosznach kłykciny sączące gojące się, gruczoły limfatyczne na karku i w pachwinach obrzmiałe. Badany podaje, że od 4 miesięcy jest chory i że znajduje się w leczeniu (wcieraniami) p. Dra Turka, lekarza pułkowego. 17go września przyszła do szpitala w celu poddania się leczeniu żona wyżéj wspomnianego chorego z kłykcinami sączącemi na częściach rodnych. Potwierdziła ona zupełnie podanie Andii M. co do znanego zranienia się łyżką.

We wrześniu 1886 roku skarżył się przedemną urzędnik biurowy L., że 9-letni syn jego od kilku dni ma wyrzut w jamie ust i na języku, przeszkadzający mu w połykaniu i że chłopiec w ostatnich czasach bardzo na zdrowiu podupadł. Odwiedziłem chorego i zastałem chłopczyka jakkolwiek niedokrewnego, jednak tak fizycznie jak i umysłowo rozwiniętego, mającego na wardze dolnéj po stronie prawéj wyraźny wrzód stwardniały wielkości ½ centa, wystający nieco nad otaczającą go błonę śluzową, szarawo-biało obłożony, nieco rozlany. Gruczoł po zewnętrznéj stronie szczęki dolnéj prawéj twardy, ruchomy, nieco bolesny. Na tułowiu i odnogach plamy kiłowe w okresie wykwitania; na prawym brzegu języka jak i na podniebieniu twardém 2 powierzchowne wrzody, wielkości grochu, szarawo-biało obłożone, i czerwoną obwódką otoczone. W pierwszéj chwili źródło zakażenia było dla mnie zagadkowe, a to tém bardziéj, że ani u rodziny, ani u służby domowéj śladu kiły znaleźć nie mogłem. Po dłuższém bezskuteczném śledzeniu przyszło mi na myśl, czyby się źródło zakażenia nie dało wykryć w szkole, do któréj chłopiec uczęszczał. Natychmiast poszedłem do dyrektora szkoły, którego o celu mego przybycia uwiadomiłem i kazałem sobie przedewszystkiém przedstawić sąsiada naszego chorego. Był nim 11-letni Anto K., dobrze odżywiony ale niedokrewny chłopiec; bliższe badanie wykazało, że przypuszczenie moje było słuszne, gdyż wspomniany chłopiec miał kłykciny sączące na wardze dolnéj i podniebieniu, miał chrypkę i powiększone gruczoły limfatyczne na karku. Badanie laryngoskopowe tego samego dnia przedsięwzięte wykazało obok rozpulchnienia i zaczerwienienia nagłośni i górnych części krtani, także powierzchowne zbielenie na brzegu nagłośni wielkości fasoli. Teraz rozchodziło się mi o to, aby wykazać, na jakiéj drodze zakażenie nastąpiło. Dochodzenie w tym kierunku czynione wykazało, co następuje: syn urzędnika ma zwyczaj gryzienia ołówków, a jeśli nie ma pod ręką swego, to bierze ołówek sąsiada. Anto K. także często gryzie ołówek. Ponieważ innego sposobu zakażenia wykryć nie można było, a obydwaj przyznają, że nie rzadko jeden po drugim ten sam ołówek gryzł, można na pewne twierdzić, że młody L. został zakażony wydzieliną kiłową na nieczystym ołówku się znajdującą kolegi swego K., który już przedtém był chory. U obydwóch leczenie przeciwkiłowe natychmiast rozpoczęte dało świetny wynik.

Pominąwszy pośredni sposób zakażeń, nawet i przy bezpośredniém zakażeniu nie zawsze spółkowanie pośredniczy w przenoszeniu kiły osoby jednéj na drugą w krajach zajętych. Przypadki zakażenia przez całowanie nie należą wcale do rzadkości. Niedawno miałem znowu sposobność w prywatnéj praktyce spostrzegać 21-letnią kobietę, która została zarażoną przez całus swojéj przyjaciółki, znajdującéj się właśnie u mnie w leczeniu przeciwkiłowém. Przedstawiła mi się ona z początkiem października 1886 z wyraźném pierwotném stwardnieniem na prawym migdałku. „Zapalenie gardła" miało już trwać od miesiąca i nie chciało ustąpić po użyciu środków domowych. W 8 dni po pierwszém przedstawieniu się choréj wystąpiły objawy ogólne w postaci wysypki guzkowéj na tułowiu i kłykciny na podniebieniu miękkiém, które jednak ustąpiły dopiero po 4 tygodniowém leczeniu wcieraniami.

Oprócz już wymienionych przypadków miałem jeszcze sposobność w ciągu ostatnich dwóch lat obserwować 5 razy zakażenia pierwotne kiłowe nie na częściach rodnych. Znajdowały się one albo na wardze dolnéj, albo w kącie ust, a zawsze towarzyszyły im potém następowe zmiany.

Formy wczesne ogólnéj kiły mało tylko różnią się tutaj od form po za krajami zajętemi spostrzeganych. W każdym razie zasługuje na zaznaczenie to, że wysypki po większéj części skąpo i to zwykle w postaci guzków występują. Wysypkę plamistą, wszędzie prawie spostrzeganą jako pierwszy objaw cierpienia ogólnego, tutaj dziwnym sposobem stosunkowo rzadko widzieć się zdarzy. Według moich dotychczasowych spostrzeżeń wypada na 8 przypadków guzkowéj albo krostkowéj wysypki zaledwo 1 przypadek różyczki. Recydywy są częste. Właściwością ich jest, że najczęściéj nie występują symetrycznie rozrzucone na ciele, czém szczególnie wczesne formy kiły się odznaczają, lecz przeważnie pokazują się pojedynczo, albo w grupach, lub w postaci obrączek. I tu przeważa postać guzkowa. Nazwa używana przez niektórych autorów dla wczesnego okresu kiły *„stadium condylomatosum"* byłaby tutaj zupełnie uspra-

wiedliwioną, gdyż wszędzie, gdzie tylko się pokazuje świeża wysypka kiłowa, widzi się natychmiast kliniczną postać „guzka“ lub „kłykciny.“ Co się tyczy siedziby kłykcin, to muszę zaznaczyć, że występują one tutaj często na miejscach skóry, których żadną miarą miejscem ich upodobania nazwać nie można. W ogóle nie są one rzadkie na skórze karku, na brzuchu i klatce piersiowéj. Właśnie teraz leczę chłopca 14-letniego, u którego obok kłykcin na migdałkach i mosznach, znajdują się jeszcze kłykciny na wewnętrznéj stronie lewego przedramienia i na przedniéj powierzchni prawego podudzia.

Na szczególną wzmiankę zasługuje prawie stale towarzyszące zakażenie krtani. Nie ma prawie ani jednego przypadku, w którymby i krtań podczas świeżéj (drugorzędnéj) kiły nie była zajętą. Najlepszym dowodem tego, jak często tu towarzyszy zachorowanie tego narządu w ciągu kiły świeżéj jest, że każdego mającego tutaj przez dłuższy czas chrypkę krajowcy uważają za zakażonego kiłą.

Współczesne wystąpienie zmian kiły drugo- i trzeciorzędnéj nie należy wcale w przypadkach kiły dziedzicznéj do rzadkości; przy nekroskopijach noworodków umarłych w skutek kiły dziedzicznéj znajduje się wcale nie rzadko obok wysypek na skórze odpowiadających wczesnym postaciom kiły, kłykciny na błonach śluzowych, sprawy kilakowe w narządach wewnętrznych i w kościach. W kile zaś nabytéj równoczesne wystąpienie objawów należących do okresu wczesnego ze zmianami przez wszystkich za oznaki kiły późnéj „*syphilis tarda*“ uważanemi, jak np. z kilakiem, w każdym razie jest rzadkie. Niektórzy autorowie jak np. Zeissl (*Lehrbuch der Syphilis 4. Auflage* 1882) i Baümler (*Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Bd. III*, 1886) utrzymują wprost, że kilaki z kłykcinami nigdy równocześnie u jednéj i téj saméj osoby nie występują, przeciwnie Lang (*Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis*, 1886) stoi po przeciwnéj stronie i przyznaje tę możliwość. W krajach zajętych równoczesność objawów należących do różnych okresów choroby nie jest wprawdzie codziennem zjawiskiem, nie mogę jéj jednak według mego dotychczasowego doświadczenia zaliczyć do rzadkości. Z 4 przypadków dotychczas widzianych niech mi wolno będzie jeden tylko w krótkości opisać.

7go sierpnia 1885 przedstawiła mi się 40-letnia Anica K. z Brajkowici, mężatka. Chora 4 razy poroniła, dwoje dzieci umarło zaraz po przyjściu na świat z wysypką na skórze, dwoje żyje. Jedno z nich, 8-letnia dziewczynka, ma od 2 lat na skórze wysypkę i rany. Mąż choréj podaje, że przed zaślubieniem jéj miał „*freniaka*,“ t. j. kiłę, w postaci wysypki na skórze i chrypkę. Oprócz znacznego zgrubienia w ograniczoném miejscu kości udowéj nie widać dziś żadnéj innéj zmiany lub znaku kiły. Żona podaje, że się jéj przed 1½ rokiem tworzył po lewéj stronie szyi guz wielkości jaja kurzego, który pomału zropiał. Dziś na tém miejscu znajduje się tylko blizna wielkości talara, zaciągnięta, białawo zabarwiona i nieregularna. Badana jest dobrze odżywioną, prawidłowo zbudowaną, tylko skóra nieco blada, w żółtawą barwę przechodząca. Po stronie lewéj na wardze dolnéj, na podniebieniu miękkiém i na prawym migdałku widać okrągłe, powierzchowne, czerwonawą obwódką otoczone wybielenia przybłonka (kłykciny sączące). Na karku, barku prawym i na prawém podudziu widać pojedynczo rozrzucone, miedzianoczerwone, nad otoczenie wystające i ściśle odgraniczone guzki (*syphilis cutanea papulosa disseminata*). Poniżéj ucha lewego znajduje się guz wychodzący najprawdopodobniéj z tkanki podskórnéj, wielkości jaja gołębiego, elastyczny, brudnoczerwony. Wielkości téj saméj guz brudno-czerwono zabarwiony, chełbocący, znajduje się na dolnéj części rękojeści mostka (*gummata cutanea*); gruczoły karkowe obrzmiałe.

O wiele rzadszém zjawiskiem niż równoczesne wystąpienie zmian wczesnych i późnych jest wystąpienie świeżéj kiły u osoby, która już okazywała kilaki, mimo że reinfekcyja nie miała miejsca. A przecież miałem sposobność widzieć taki przypadek w tutejszym szpitalu.

20-letnia prostytutka Joka M. została w październiku 1884 roku oddaną do szpitala tutejszego do leczenia z powodu *sclerosis initialis ad labium majus dextrum, syphilis papulosa cutanea et polyadenitis inguinalis ambilateralis*. Po 42-dniowém leczeniu jako wyleczona wyszła ze szpitala. W lutym 1885 została znowu przyjętą z kłykcinami sączącemi na częściach płciowych i w okolicy otworu stolcowego i znowu wypuszczoną po 28-dniowéj kuracyi, po ustąpieniu zmian. W wrześniu 1885 przedstawiła się chora w szpitalu z guzem (kilakiem) wielkości orzecha, czerwonawo zabarwionym, miernie chełbocącym, ostro odgraniczonym w skórze na lewym sutku, który po zastosowaniu plastru rtęciowego i jodku potasu 2·5 dziennie po 14 dniach ustąpił, zostawiając zagłębienie w skórze. Zaledwo trzy tygodnie potém została przez urząd powiatowy w Jajcach dostawioną z kłykcinami sączącemi na wargach większych i na migdałkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Szereg spostrzeżeń nad działaniem kokainu.

Zestawił Dr. Majewski.

Dr. Hoffman (asystent kliniki chirurgicznéj w Gryfii) poleca przy znieczulaniu kokainem zakładanie opaski Esmarcha dośrodkowo od miejsca operacyi, sposób podany przez Corningsa, aby przeszkodzić szybkiemu wessaniu kokainu. W tych przypadkach znieczulenie nietylko obejmowało szerszą przestrzeń ale było dokładniejszém. Kokain działał lepiéj, jeżeli się opaskę Esmarcha założyło w parę minut po wstrzyknięciu, gdyż skoro się ją założy przed wstrzyknięciem, występuje znieczulenie dopiero po minięciu i to nie tak wybitne. Zazwyczaj używał H. rozczynów 5 i 10%, radzi używać słabszego rozczynu w tych przypadkach, w których pole operacyjne jest większe, silniejszego zaś, jeżeli silne działanie kokainu ma być ograniczone do maléj przestrzeni. Aby znieczulić, robił autor kilka wstrzyknięć na 1 do 2cm. od siebie odległych, 1 do 1½cm. powyżéj pola operacyjnego w linii poprzecznéj do osi podłużnéj odnogi. Jako *maximum* podaje wstrzyknięcie 0·05 kokainu, chociaż w jednym przypadku u kilkunastoletniego chłopca wystąpiły objawy zatrucia po użyciu 0·03, które po użyciu azotynu amylowego niebawem znikły. Autor używa przy operacyjach na błonach śluzowych rozczynu 20%.

Przy wyjmowaniu zębów radzi tak po stronie wewnętrznéj jakoteż zewnętrznéj wstrzyknąć 10% rozczyn, dziąsła pędzlować, a jeżeli w zębie jest otwór z wypróchnienia włożyć do niego ziarnka kokainu. Nakoniec zwraca uwagę, aby używać świeżo przyrządzonych rozczynów, gdyż kokain rozkłada się bardzo szybko przy zetknięciu się z organicznemi istotami. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1886, Nr. 51).

Dubug ogłasza (w *Journal de méd. de Paris* z dnia 26/12, 1886) zastósowanie kokainu w litotrypsyi. W przypadkach, gdzie błona śluzowa pęcherza jest naruszoną, wystarcza 5% rozczyn, który ustrój łatwiéj wchłania. W ten sposób operował chorego na trzy zawody bez najmniejszego bólu. W obec zdrowéj błony śluzowéj rozczyn ten nie wystarcza, tutaj używa D. 10% i wtedy był w stanie operować po wstrzyknięciu 30grm. tego rozczynu cały kwadrans śród zupełnego znieczulenia. Wreszcie robił doświadczenia z 15% rozczynem. Po wstrzyknięciu 35grm. takiego rozczynu wystąpiły gwałtowne objawy zatrucia, które po wypróżnieniu i przestrzykaniu pęcherza rozczynem kwasu borowego po 5 minutach ustąpiły. Reasumując swoje spostrzeżenia radzi autor przy bardzo wielkich kamieniach używać narkozy chloroformowéj, przy małych zaś znieczulenia kokainowego. (*Wiener. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 2).

Schustler em. sekundaryjusz z kliniki prof. Dittla, ogłasza doświadczenia znieczulania kokainem przy wstrzykiwaniu podskórném. Do wstrzykiwań używano 5%, czasem 10% rozczynów, aby uniknąć pleśnienia tychże domięszano sublimatu w ilości 1 na 5000. Twardych guzów w miejscu ukłócia, o których wspomina Erlenmeyer, autor nigdy nie spostrzegał. Igły jednak i strzykawka przed użyciem dokładnie były odkażone. Objawów zatrucia dotychczas w téj klinice nie było. W 80 przypadkach użyto znieczulenia kokainowego i to w najrozmaitszych operacyjach, jak wyłuszczaniu nowotworów, hernijotomijach, operacyjach załupka, przy odejmowaniu palców u rąk i nóg, przecinaniu czyraków, ropni, przy operacyjach przetoki kiszki stolcowéj itp. Przy wstrzykiwaniu postępuje według sposobu Wölflera wywołując niedokrewność miejscową przed operacyją. Skutkiem podskórnego wstrzyknięcia było zawsze zupełne albo prawie zupełne znieczulenie odpowiedniéj okolicy skóry. Przecięcia albo wcale chorzy nie czuli, albo téż ból był bardzo mało dotkliwym. Jak głęboko sięga znieczulenie po wstrzyknięciu, nie można ściśle oznaczyć. Przy operacyjach wrosłych paznogci chorzy nigdy bólów nie doznawali. Przy operacyjach urologicznych tylko rzadko używają kokainu w klinice Dittla. Przy zwężeniach cewki moczowéj, gdzie błona śluzowa jest nadzwyczaj czułą, działa kokain bardzo dobrze.

Co się tyczy zastósowania przy litolapaksyi to spostrzeżenia autora nie przemawiają za kokainem a to z powodu, że obawiał się używać silniejszych rozczynów. W ostatnich czasach próbował prof. Dittel znieczulać szyjkę pęcherza przez międzykrocze. Wynik jednak był niepewny.

Po skończeniu téj pracy nadarzyła się autorowi sposobność znieczulanie miejscowe kokainem w większéj operacyi zastósować a mianowicie w d. 27 lipca 1886 r. wykonano amputacyję, podudzia prawego u 60cio-letniego starca ze zgorzeliną starczą odnogi. Stan płuc i miażdżyca wszystkich naczyń, stłuszczenie serca nie pozwalały zastosować znieczulenie chloroformem, dla tego przystąpiono do operacyi przy miejscowém znieczuleniu. Po założeniu opaski Esmarcha dośrodkowo, wstrzyknięto za poradą Fraenkla w bardzo wielu miejscach słaby rozczyn i to najprzód w skórę, a późniéj głęboko w mięśnie prawie do saméj kości. W ogóle spotrzebowano 8cm.sz. $\frac{1}{2}$% rozczynu. Skutek był taki, że wszelkie zabiegi na częściach miękkich wcale bolesnemi nie były, za to odważanie okostnéj i przepiłowywanie kości było nader bolesném. Takie samo spostrzeżenie zrobił Varzik przy amputacyi nda. (*New-York med. Journ.*, Vol. XLIII).

Prof. Wölfler zastanawia się nad miejscowém znieczuleniem kokainem, podaje że w téj mierze dość sprzeczne ze sobą istnieją spostrzeżenia i życzy sobie, aby w celu osiągnięcia pewnych podstaw cały ten przedmiot roztrząsano z następujących punktów widzenia:

1. Czy jest możebném wywołać w każdym przypadku rozczynem kokainu miejscowe znieczulenie skóry? Jaki procent rozczynu wystarczy na to?

Jego własne spostrzeżenia w tym względzie są tego rodzaju, że zazwyczaj po użyciu 5% rozczynu był w stanie w rozmaitych okolicach skóry znieczulić takową, jeżeli płyn wstrzyknięto w samą skórę lub téż tuż pod nią. Po wstrzyknięciu w miąższ podskórny skóra nie była całkiem znieczuloną. Również nie następowało zupełne znieczulenie, jeżeli płyn dostał się pod przyskórek, wówczas wzdymał się przyskórek w pęcherz a chory doznawał niepotrzebnie znacznych bólów. Przy tej sposobności radzi autor używać krzywéj igły do wstrzykiwań.

2. Jak działa wstrzyknięty rozczyn, jeżeli skóra znajduje się w stanie zapalnym? (np. w przypadku zanogcicy lub zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj). Według jego własnych doświadczeń nie ulega wątpliwości, że jesteśmy w stanie przez wstrzyknięcie kokainu zapalną część skóry zupełnie znieczulić, lecz wszyscy chorzy skarzą się na wielki ból przy ukłóciu igłą. Dla uniknięcia tego wstrzykiwał w najbliższą okolicę zdrowéj skóry skierowawszy igłę do ukłócia w miejsce dotknięte zapaleniem. Jeżeli na kilka sekund zaczerwieniona część skóry zblednie, to znieczulenie jéj jest zupełne.

3. Czy i z jakim wynikiem wykonano dotychczas przy miejscowém znieczuleniu amputacyje lub resekcyje? Jakie są doświadczenia przy innych większych operacyjach, jak hernijotomii lub tracheotomii?

4. Jak oddziaływa rozczyn przy operacyjach na błonach śluzowych. Czy się da wykonać stafylorafija i uranoplastyka przy miejscowém znieczuleniu i jaka metoda byłaby najlepszą, czy pędzlowanie 10% lub 20% rozczynem, lub też wstrzykiwanie pod błonę śluzową? Jakie zachodzą stósunki przy większych operacyjach na błonie śluzowéj pęcherza, cewki moczowéj, pochwy i kiszki odchodowéj? Jak się przedstawia miejscowe znieczulenie przy wyjmowaniu zębów?

5. Jakie są wyniki przy użyciu przeciwko nerwobólom? Przy użyciu przeciwko typowym nerwobólom nerwu troistego nie miał dodatnich rezultatów.

6. Objawy zatrucia z szczególném uwzględnieniem ilości środka. Środki przeciwdziałające? Jako odtrutki używał prof. W. z dobrym skutkiem azotynu amyłowego.

Wiener med. Wochenschrift uprasza o udzielanie sobie do ogłoszenia wszelkich spostrzeżeń według wskazówek podanych przez prof. Wölflera w niniejszym kwestyjonarzu. (*Wiener med. Wochensch.*, 1887, Nr. 1.)

Ginekologija.

Schwarz: **O zakażeniu rzeżączkowém u kobiet.**

Rzeżączka, cierpienie u kobiet bardzo częste, jest zarazem jedną z najważniejszych chorób ze względu na szerzenie się cierpienia na macicę, trąbki, jajniki i otrzewnę. Zupełne wyleczenie jest rzadkie, a kobiety rzeżączką zakażone giną często na ropnie wśródotrzewnowe, na cierpienia nerek, gruźlicę lub zwyrodnienia skrobiowate. Rzeżączka kobieca wywołuje ropotok spojówki u noworodków. Rzeżączka jest jedyną zaraźliwą nieżytową zmianą narządu płciowego kobiecego, a pośrednikami są gonokoki Neissera. Te ostatnie są to owalne mikrokoki, które zwykle leżą po dwa ściśle do siebie zbliżone i łatwo się spłaszczają. Tworzą one zawsze

gromady a nie łańcuchy i najczęściéj bywają przyczepione do ciałek ropnych i przybłonków. Oprócz tych znajdują się w narządzie płciowym kobiecym prątki bardzo do opisanych podobne i trudne do odróżnienia. Bumm znalazł trzy gatunki, które się tém cechują, że wchodzą do wnętrza komórek przybłonków i ciałek ropnych, w tychże się rozmnażają, a po rozpadzie komórek tworzą okrągławe kolonije, podczas gdy gonokoki drążą w żywą tkaninę do głębi. Im liczniejsze gonokoki, tém łatwiejsze zarażenie, im żywotniejsze tém silniéj występuje cierpienie. Wydzielina w cierpieniu dawném przewlekłém nie jest zaraźliwą, podczas miesiączkowania jednak i podczas ciąży może zaraźliwość odzyskać. Cierpienie występuje ostro lub w sposób przewlekły. Ostre wystąpienie prowadzi do znanych objawów, a jeżeli przejdzie na otrzewnę może się zakończyć śmiertelném zapaleniem téjże, najczęściéj jednak występują złogi wypocinowe koło trąbek, jajników i w zatoce Douglasa.

Przewlekłe zarażenie występuje szczególniéj u młodych mężatek, których mężowie cierpią na ukrytą rzeżączkę. Zmiany początkowe bywają nieznaczne, a skoro sprawa przeniesie się na błonę śluzową macicy występuje tępy palący ból w miednicy, który się przy ruchach i natężeniu wzmaga. Jeżeli zaś zmiany przechodzą na otrzewnę, co się zazwyczaj dzieje po pierwszym porodzie, to wypociny występują na niéj w sposób przewlekły. Kobiety takie nie trzymają się prosto ale chodzą pochylone (*habitus abdominalis* Schwarza) wolno i drobnemi krokami, unikając wszelkiego wstrząśnienia i szybszego ruchu. Miesiączka staje się bolesną i nieregularną. Zmiany utrzymują się w jamie macicy saméj i w szyi, rzadko poniżéj.

Autor nie zgadza się z Bummem i twierdzi, że u dorosłych znajduje się rzeżączkowe zapalenie pochwy, gdyż w utkaniu i w głębszych warstwach przybłonkowych błony śluzowéj pochwy znajdował gonokoki. Przez takie dostawanie się gonokoków do tkaniny odpada przybłonek i zapalona tkanka łączna jest odsłoniętą. W innych przypadkach występują kłykciny kończyste. W macicy i trąbkach niszczeje przybłonek migawkowy. Błona śluzowa macicy zmienia się, niszczeją gruczoły. Zeller znalazł w miejscu przybłonka wałeczkowego przybłonek brukowy. Zarastają otwory jajowodowe, powstaje *hydro* i *pysoalpinx*, przyczepienia i zagięcia trąbek. Na otrzewny ogranicza się cierpienie do zmian wypocinowych. Do skutków należą zmiany położenia, przyczepiny macicy i części dodatkowych do narządów sąsiednich. Do najważniejszych objawów zalicza autor następujące: 1) Zboczenia w miesiączce, która występuje w dłuższych o wiele odstępach i bywa skąpszą, co pochodzi od zmian w jajnikach. 2) Powrotne zapalenie otrzewny okołomaciczne przy lada szkodliwym wpływie, co ma miejsce dla tego, że według zdania autora jajowody są przepełnione ropą, która się wylewa częściowo do jamy brzusznéj. 3) Niepłodność jako najczęstsze następstwo. Jajka albo się do macicy nie dostają, albo nie mogą się utrzymać na zmienionéj błonie śluzowéj. Powrotne poronienia są naturalném następstwem.

Rozpoznanie można stwierdzić wykazaniem gonokoków. Ze względu na postępowanie lecznicze, to przedewszystkiém jak długo mąż chory, spółkowanie powinno być zakazane. Nieżyt męcherza leczy wstrzykiwaniami (50—100 cent. sześć.) 1—2% rozczynu azotanu srebrowego. Odkryte wrzody w męcherzu należy pomazywać laseczką azotanu srebrowego. Jeżeli zmiany znajdują się tylko na częściach zewnętrznych radzi obmycie przedsionka i wypłukanie pochwy 1:1000 rozczynem sublimatu, potém po odsłonięciu pochwy wziernikiem Simona energiczne wytarcie rozczynem 1:100 sublimatu, aby zniszczyć przybłonek powierzchowny, a potém wetrzeć obficie sproszkowany jodoform. Poczém należy wypełnić pochwę gazą jodoformową. Po 3—4 dniach powtórzyć tożsamo, a potém przestrzykiwania pochwy rozczynem sublimatu 1—5000 przez dni 14. Zamiast jodoformu można użyć kalomelu po zwilżeniu pochwy 5% rozczynem chlorku sodu. Dobrze działają okłady zamoczone w rozczynie sublimatu 1—100. Otrucia nie widział nigdy. Pomazywanie pochwy nastojem jodowym lub rozczynem półtorachlorku żelaza, stałe przestrzykiwania pochwy 2% rozczynem kwasu karbolowego lub sublimatu 1 na 2—500.

Jeżeli trąbki i otrzewna zajęte należy się ograniczyć do leczenia objawowego. Ropny otok trąbki można wyciąć, czego dokonał Lawson Tait 200 razy. Jajniki w razie operacyi należy téż wyciąć. Zabieg operacyjny trudny ze względu na możebne pęknięcie rozdętego jajowodu i następowego zapalenia otrzewny. (*Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 279).

Dr. Mars.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie
z Walnego zgromadzenia członków Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk poznańskiego na dniu 18 grudnia 1886.

Przewodniczący kol. Kaczorowski. Obecni koledzy: Koszutski, Preibisz, Święcicki, Dembiński, Koehler, Jarnatowski, Zielewicz, Stan, Jerzykowski, Grodzki, Batkowski, Chłapowski i sekretarz.

Kol. Kaczorowski wspomniawszy o projekcie Izb lekarskich, który niebawem ma być parlamentowi rzeszy niemieckiéj przedłożonym do uchwały, zapytuje, jakie stanowisko koledzy w obec tego projektu zająć zamierzają? Po wymianie zdań pomiędzy kolegami Zielewiczem, Jarnatowskim i Wicherkiewiczem zgromadzenie objawiło zapatrywanie, iż w danym razie lekarze polscy wykluczać się z pod ustaw Izb lekarskich nie mają powodu.

Przystąpiono do dyskusyi nad chorobami nagminnie panującemi: kol. Koszutski widuje dość często dur u dzieci, daléj koklusz, zapalenie płuc i płonicę bez wysypki z dyfteryją przeważnie nosa. — Wicherkiewicz miał w swéj klinice ocznéj u kilku chorych zapalenie gruczołu przyusznego. Że zaś ta choroba często epidemicznie występuje, zapytuje przeto W. w celu zbadania przyczyn, czy który z kolegów podobneż choroby obecnie napotykał, odbiera atoli przeczącą odpowiedź.

Nastąpił odczyt kol. Zielewicza pod tytułem: „Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj“. (Umieszczony w Przeglądzie Lekarskim). Dla spóźnionéj już nieco pory odroczono dyskusyję nad tym odczytem do następnego posiedzenia.

Kol. Wicherkiewicz mówił o wartości badania poczucia barw w celu rozpoznawania chorób ocznych według sposobu Wolfberga. Prelegent zaznaczył na samym wstępie ważność tego przedmiotu nietylko dla samych okulistów, ile raczéj, a nawet więcéj, dla lekarzy praktykujących zdala od siedzib specyjalistów. Metoda rzeczona ułatwia bowiem niezmiernie podział przyczyn obniżających wzrok: na takie, które polegają na wadach łamliwości oka i na takie, które polegają na obniżeniu czynności siatkówki. Wytłumaczywszy metodę tę opisaną w *klin. Monatsblätter für pr. Augenheilkunde* i objaśniwszy zgromadzeniu aparat Wolfberga, podniósł prelegent wadliwość téj metody, polegającą na tém, że natężenie światła dziennego tak licznym ulega wahaniom, jak się prelegent w swoich pokojach konsultacyjnych przekonał, iż z tego względu wynikają błędy, które metodę tę czynią w téj formie, w jakiéj ją Wolfberg polecił, niepewną. Chcąc tę wadliwość usunąć, zbudował sobie prelegent aparat umożliwiający przy stałém oświetleniu sztucznem przeprowadzić metodę tę, w zmienionéj rozumie się postaci. Szczegółowy opis przyrządu ogłoszony będzie drukiem, skoro wyniki badań umożebnią

ustanowienie pewnéj miary dla stałego poszukiwania. Jako korzyści badania sposobem Wolfberga podnosi prelegent prócz ułatwiania w prędszém rozpoznawaniu i tę okoliczność, że u dzieci, u których badanie wzroku nietylko zajmuje dużo czasu, ale nieraz z wiadomych powodów wprost jest niewykonalném, możemy w przybliżeniu przekonać się, czy czynność siatkówki jest prawidłową, a daléj, badając systematycznie każdego chorego, przyczyniamy się nie mało do statystyki daltonistów.

Kol. Chłapowski zapytuje się prelegenta, czy u daltonistów metoda rzeczona da się przeprowadzić, na co prelegent odpowiada twierdząco tłumacząc, iż przy badaniu tém nie chodzi o to, jak chory pewną barwę nazywa, ale raczéj, czy ją w ogólności widzi. — W końcu wspomina kol. Chłapowski, że u hypnotyzowanych i w zatruciach nikotynem uważał zboczenie czucia barw. *Dr. Wicherkiewicz.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II w dniu 10 lutego 1887.

Przewodniczący Prof. Korczyński. Obecnych 6 członków.

I. W sprawie Wystawy higijenicznéj warszawskiéj uchwalono dołożyć starań, ażeby dzienniki miejscowe ogłosiły program i regulamin téj wystawy. Daléj poruczono Drowi Surzyckiemu prowadzenie wszelkich korespondencyj dotyczących téj wystawy.

II. Ponieważ p. Żeleński pismem z d. 8 stycznia br. oświadczył, że poddaje swoją mleczarnię pod kontrolę komisyi przemysłowéj i zgadza się na warunki na posiedzeniu w d. 28 listopada 1886 mu postawione, a nadto przedłożył świadectwo Dra Bartmańskiego o stanie zdrowia służby i świadectwo weterynarza powiatowego G. Fertiga o zupełnie dobrym stanie zdrowia obory, przeto uchwalono wystawić mu poświadczenie polecające jego mleczarnię w Grodkowicach.

III. Na zapytanie prof. Cybulskiego co do mleczarni, którą zamierza polecić Komisyja sanitarna miejska, upoważniono Przewodniczącego, ażeby na posiedzeniu Komisyi sanitarnéj przemawiał za przejściem nad tą sprawą do porządku dziennego, albowiem Komisyja sanitarna nie powinna wydawać osobom prywatnym jakichkolwiek koncesyj lub brać ich wyroby w opiekę, tylko dbać o to, aby każde mleczywo do miasta dostarczane odpowiadało warunkom zdrowotnym.

IV. Przewodniczący donosi, że Komitet Wystawy krajowéj pismem z d. 3 lutego br. dla urządzenia grupy 26 zamianował komisyję składającą się z prof. Korczyńskiego jako przewodniczącego i z pp. Baranieckiego, Grabowskiego, Jordana, Lutostańskiego i Mikolascha jako członków. W sprawie téj uchwalono. 1) Upraszać Komitet Wystawy, ażeby do komisyi téj delegował jeszcze p. Stokmara, jako przedstawiciela stanu aptekarskiego Galicyi zachodniéj. 2) Zawiadomić Komitet Wystawy, że komisyja przeznaczona do urządzenia grupy przemysłu lekarskiego w zakresie prac przygotowawczych postanowiła wzmocnić się członkami komisyi przemysłowéj Tow. lek. i odtąd działać wspólnie. 3) Wyjednać w Tow. lek. krak. i Tow. lek. galic. upoważnienie do występowania w rzeczach dotyczących Wystawy krajowéj w imieniu obydwóch Towarzystw lekarskich krajowych. 4) Wygotować odezwę do wystawców i program szczegółowy grupy 26, umieścić takowe w dziennikach krajowych i rozesłać tym producentom, którzy mogą wziąć udział w Wystawie. 5) Porozumieć się z Komitetem Wystawy i Tow. lek. krak. co do listów pochwalnych i dyplomów uznania, któreby Tow. lek. krak. od siebie zechciało przeznaczyć dla nagrodzenia przedmiotów w grupie 26 umieszczonych. 6) Zapytać się Tow. lek. krak., jaki zechce wziąć udział w ułożeniu sprawozdania z Wystawy przedmiotów w zakres lekarski wchodzących. 7) Przedstawić Komitetowi Wystawy następujących członków jury dla grupy 26éj: Obaliński, Ziembicki, Matlakowski (narzędzia chirurgiczne i ortopedyczne); Baranowski, Widmann, Pareński (przedmioty ogólno lekarskie, urządzenia szpitalne); Cybulski, Hoyer (medycyna teoretyczna); Czyrniański, Radziszewski, Olszewski (przetwory chemiczne); Łazarski, Gralewski, Wąsowicz (przetwory aptekarskie); Biesiadecki, Jaworski, Polak (przetwory higijeniczne); Ściborowski (przetwory zdrojowe i urządzenia zdrojowe); Odrzywolski, Zaremba (urządzenia techniczno-higijeniczne).

V. Ponieważ Komisyja przemysłowa nie rozporządza żadnemi funduszami, przeto uchwalono wyrobić w Tow. lek. upoważnienie do starania się o subwencyję dla popierania przemysłu krajowego w zakresie lecznictwa w Wydziale krajowym, a względnie w krajowéj Komisyi przemysłowéj.

Za sekretarza *Dr. J. Surzycki.*

Posiedzenie III w dniu 26 lutego 1887 r.

I. Przewodniczący zawiadamia: *a)* że przetwory lecznicze nadesłane przez apt. p. Sobierajskiego i przez niego wyrabiane przesłał do oceny Drowi Wachtlowi. *b)* Że Towarzystwo rolnicze krak. oprócz prof. Janczewskiego delegowało do komisyi, która ma się zastanowić nad hodowlą roślin lekarskich pp. Sławińskiego, Lipomana i Szybalskiego. *c)* Że podkomisyja mająca się zastanowić nad wyrobem przyrządów opatrunkowych i nad rozwinięciem przemysłu w zakresie przetworów aptecznych rozpoczęła swą czynność i delegowała Dra Lutostańskiego do przedstawienia wniosków. *d)* Że na wniosek doc. Jaworskiego udzielono p. Żeleńskiemu wskazówkę, aby mleko kwaśne do użytku leczniczego sporządzał z mleka zbieranego. *e)* Że Zarządy w Iwoniczu i Morszynie oświadczyły gotowość wzięcia udziału w Wystawie higijenicznéj warszawskiéj i w Wystawie krajowéj krakowskiéj.

II. W załatwieniu wniosku uczynionego przez zarząd zdrojowy w Iwoniczu, ażeby na Wystawie krajowéj krakowskiéj urządzić osobny pawilon balneologiczny uchwalono rozesłać do zarządów zdrojowych zapytanie, czy w zasadzie z wnioskiem tym się zgadzają, jakie okazy zamierzają nadesłać i jaką kwotą każde zdrojowisko zamierza się przyczynić do kosztów urządzenia tego pawilonu.

III. Uchwalono upraszać redakcyję Przeglądu Lek. o zamieszczenie w kilkunastu numerach w dziale inseratów ogłoszeń o przetworach przez Komisyję przemysłową badanych a przez Tow. lek. poleconych.

IV. P. Żeleńskiemu z Grodkowic, który zgłosił się z okazami chleba Grahama własnego wypieku, uchwalono donieść, że Komisyja przemysłowa chętnie podejmie się bliższych dochodzeń, jeżeli chleb zostanie poddany rozbiorowi przez wskazanego chemika.

V. Na podstawie doświadczeń czynionych w klinice lek. krak. z pastylkami nitroglicerynowemi wyrobu aptekarza p. Mutniańskiego w Warszawie (jedna pastylka zawiera 1mm. nitrogliceryny) uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. przetwór ten jako zupełnie odpowiednio przyrządzony i polecić do używania w miejsce takichże pastylek angielskich i niemieckich. (Wniosek ten został przyjęty jednogłośnie na posiedzeniu Tow. lek. z dnia 9 marca br.).

VI. Przyjęto projekt odezwy zachęcającéj do brania udziału w grupie 26 Wystawy krajowéj wypracowany przez Dra Lutostańskiego i zastanawiano się nad projektem szczegółowego programu do téjże grupy.

VII. Doc. Jaworski złożył sprawozdanie o kefirze wyrabianym przez aptekarza p. Sobierajskiego w Krakowie z mleka Grodkowickiego, poleconego przez Tow. lek. Ponieważ okazało się, że wyrób jest należyty co do jakości i smaku i że kefir ten badany chemicznie przez p. Lembergera, asystenta przy katedrze chemii w Uniw. Jagiell co do ilości kwasu mlekowego i wyskoku odpowiada w zupełności wymogom i skoro nadto p. Sobierajski zobowiązał się *a)* że kefir wyrabiać będzie tylko z mleka, które przez Tow. lek. zostało uznane za higijeniczne i do użytku dla chorych stosowne; *b)* że kefir z dodatkami (koniaku, żelaza, soli wapniowych itp.) wydawać będzie tylko za szczegółową pisemną ordynacyją lekarzy; *c)* że przedstawi na każde zawezwanie Komisyi przemysłowéj próbki kefiru celem skonstatowania wyrobu; przeto uchwalono polecić Tow. lek. krak. przetwór ten do popierania. (Wnioski te zostały uchwalone jednogłośnie na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 9 marca br.).

Doc. Dr. Gluziński,
sekretarz.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

O epidemijach tyfusu w Galicyi w ostatnich latach.

Przez Dra Józefa Merunowicza ck. lek. p-w.

(Wykład wypowiedziany na posiedzeniu sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. w dniu 12 lutego 1887 r.)

Na trzecim zjeździe niem. Towarzystwa higijenicznego w 1875 r. w Monachium odbytém, wykazał Pettenkofer, iż dla Niemiec tyfus ma nierównie większe znaczenia pod względem gospodarstwa społecznego niż cholera. Dla naszego kraju można to samo wykazać. Wprawdzie kraj nasz stracił w r. 1873 z powodu cholery około 100.000 ludzi, lecz ogromna ta cyfra została w następnych trzynastu latach przez średnią stratę roczną 8000 ludzi z powodu tyfusu przewyższoną. Jeżeli się jednak uwzględni, że na jeden przypadek śmierci z cholery przypada zaledwie jeden ciężki przypadek choroby, gdy w tyfusie stosunek ten ma się jak 1 :5, gdy się uwzględni, że trwanie choroby, a zatém i niezdolność do pracy, w tyfusie jest średnio przynajmniéj dwa lub trzy razy większa niż w cholerze, przekonamy się, że tyfus nierównie większą szkodę krajowi przynosi, nietylko z powodu ubytku w ludziach, lecz co więcéj przez znaczniejszą ilość ciężkich przypadków choroby i przez dłuższe jéj trwanie. Dla tego słusznie powiada Hirsch, iż historya tyfusu jest historyją nędzy ludzkiéj.

Obliczając stratę w ludziach z tyfusu w Galicyi w r. 1880 — 1885, widzimy że w całym kraju w tych latach na 1000 ludności było 1·22, 1·59, 1·58 1·39, 1·40 i 1·69 przypadków śmierci, porównywając zaś stratę z powodu tyfusu w poszczególnych powiatach, przekonywamy się, że granice są bardzo od siebie odległe i tak gdy w niektórych powiatach przypadków śmierci z powodu tyfusu nie ma więcéj nad 0·30 *pro mille* w innych powiatach zdarza się w niektórych latach do 4·87‰ a daléj przekonywamy się, że jedne i te same powiaty w ostatnich latach miały zawsze niską śmiertelność z tyfusu podczas gdy inne powiaty niemal każdego roku miały śmiertelność znacznie wyższą od śmiertelności średniéj całego kraju.

I tak w powiatach bialskim, brzozowskim, chrzanowskim, gorlickim, grybowskim, kolbuszowskim, myślenickim, nowotarskim, sądeckim, tarnobrzeskim, wadowickim i żywieckim w żadnym roku (1880 — 1885) śmiertelność z tyfusu nie przeniosła cyfry 1·0‰ ludności. Wszystkie wyliczone powiaty leżą w zachodniéj połowie kraju. Natomiast w powiatach borszczowskim, brodzkim, brzeżańskim, buczackim, czortkowskim, drohobyckim, horodeńskim, mościskim, podhajeckim, przemyślańskim, rohatyńskim, sądeckim, samborskim, śniatyńskim, tłumackim, turczańskim, zaleszczyckim, złoczowskim i żółkiewskim śmiertelność z powodu tyfusu była w latach 1880 — 1885 zawsze wyższą niż średnia cyfra w całym kraju, a w niektórych latach dochodziła do 3 a nawet do 4‰. Wszystkie powiaty z znaczniejszą śmiertelnością z tyfusu leżą w wschodniéj części kraju. Nakreśliwszy wykładnik śmiertelności w każdym roku w poszczególnych powiatach graficznie na mapie Galicyi, przekonamy się, że występują we wschodniéj Galicyi głównie dwie grupy powiatów najbardziéj przez tyfus nawiedzanych. Do jednéj grupy należą stale powiaty drohobycki i samborski, a prócz tego naprzemian w jednym roku staromiejski i stryjski, w drugim rudecki i mościski itd. Do drugiéj grupy należą powiaty podolskie, a głównie graniczące z Bukowiną, a zatém powiaty śniatyński, zaleszczycki, horodeński, a daléj sąsiednie powiaty czortkowski, tłumacki, buczacki, podhajecki, brzeżański i t. d.

Nie ulega wątpliwości, że niewysychającém źródłem tyfusu (zarówno jak i ospy) dla pierwszéj grupy powiatów tj. drohobyckiego i samborskiego, jest miasteczko Borysław. W miasteczku tém slynném z swych kopalni nafty i wosku ziemnego pracuje dziennie około 10.000 robotników, z których znaczna część na niedziele lub święta powraca do domu. Gdy w ogóle w Borysławiu stosunki higijeniczne są w bardzo opłakanym stanie a gdy nadto robotnicy tamtejsi należą przeważnie do najuboższéj klasy ludzi, przeto też i stosunki w jakich oni żyją są nad wszelki wyraz opłakane, i kto tego niechlujstwa i téj nędzy na własne oczy nie widział, ten o téj galicyjskiéj Kalifornii wyobrażenia mieć nie może. Nie przeto dziwnego, że raz zawleczony zarazek chorobowy czy to tyfusu czy ospy itp. znajduje w Borysławiu najbardziéj sprzyjające warunki do rozwoju i ztąd téż pochodzi, iż właściwie w Borysławiu obie właśnie nazwane choroby nigdy nie wygasają. Następstwem zaś tego jest, że przez robotników, którzy czując się chorymi, co prędzéj wracają do domu — zarazek chorobowy rozwleka się w bliższą i dalszą okolicę. I to jest przyczyną uporczywego utrzymywania się epidemij tyfusowych w powiatach drohobyckim, samborskim, rudeckim, turczańskim, staromiejskim i stryjskim. W tym ostatnim powiecie (stryjskim) był jeszcze w roku 1886 szczegółowy powód do rozwleczenia się tyfusu, a mianowicie robotnicy zatrudnieni przy budowie kolei beskidzkiéj (Stryj-Munkacz).

Jakie jest źródło tyfusu w powiatach podolskich, obecnie gdy już tam choroba endemicznie się zagnieździła, trudno jest docieć. Tyle jest pewném, że w powiatach graniczących z Bukowiną tyfus szczególnie często panuje, a właśnie Bukowina jedyna z pośród innych krajów koronnych Cislitawii tém się odznacza, że w tym kraju tyfus jeszcze groźniéj panuje niż w Galicyi. Jak wiadomo powiaty podolskie, mają najurodzajniejszą glebę, i lud tam jest względnie do innych powiatów dość zamożnym, tak iż o głodzie lub nędzy mowy być nie może. Przeważnie zatém przyczyniają się do rozszerzania tyfusu w tamtych stronach, gęste skupienia domów, odwiedzania się wzajemnie w przypadkach choroby i śmierci, wadliwe stosunki budowlane i niemożność oddzielenia chorych od zdrowych, błędy dyjetetyczne i w niektórych stronach nadużywanie napojów wyskokowych. O ile woda używana do picia staje się przenośnikiem przyrzutu chorobowego i powodem rozwlekania się choroby w kraju, będzie przedmiotem mych dalszych poszukiwań.

Zamilczeć trudno, iż areszta sądowe w naszym kraju są bardzo często przyczyną groźnych epidemij w bliższéj i dalszéj okolicy. I tak, aby tylko przytoczyć przykłady z r. 1886: w aresztach sądu powiatowego w Winnikach wybuchł tyfus w styczniu 1886, z 35 więźniów zachorowało w 14tu dniach 10 osób. Chorych odwieziono w części do Lwowa, w części zaś wypuszczono do domu i w ten sposób został tyfus zawleczonym do Bilki szlacheckiéj, gdzie od lutego do czerwca na ludność 1770 zachorowało 238 osób, czyli 13·5% ludności, umarło zaś 16 osób czyli 7% chorych. Także i do Czyżykowa został tyfus zawleczonym, tam na ludność 871 zachorowało 150 osób czyli 17% ludności, umarło 11 osób. W kwietniu 1886 stwierdzono ponownie wybuch tyfusu w aresztach winnickich, a w styczniu 1877 po raz trzeci. W aresztach sądu obwodowego w Brzeżanach było od kwietnia do lipca 32 chorych na tyfus plamisty; pierwsze przy-

padki choroby zostały do tego więzienia zawleczone prawdopodobnie z aresztu sądowego w Chodorowie, o ile zaś tyfus plamisty mógł być z tego więzienia rozwleczony poza dom sądowy, to obecnie trudno sprawdzić. Tyle jest jednakże pewném, że nietylko w Brzeżanach samych lecz także i w okolicy (Leśniki i Kurzany) trwały późniéj epidemije tyfusu plamistego. Prawdopodobném jest także, że epidemija tyfusu plamistego w Przemyślanach, stwierdzona w jesieni r. 1886, ma swe źródło w więzieniach sądowych brzeżańskich. W aresztach sądu powiatowego w Mszanie dolnéj odsiadywał w styczniu 1886 pięciodniową karę za włóczęgostwo jakiś zegarmistrz, który przyszedł do tego aresztu chory, i po wypuszczeniu w kilka dni umarł; razem z nim odsiadywali karę ludzie z Koniny, i przez nich zawleczony został tyfus do téj gminy, gdzie do 5 maja 51 osób zachorowało a 7 = 14% umarło.

W nowym budynku, w którym mieści się c. k. sąd obwodowy w Wadowicach, panował w tamtejszych aresztach sądowych tyfus plamisty nietylko w r. 1885, ale także i w zimie na r. 1886 i w tym czasie zapadło na tę chorobę 25 więźniów, z tych umarło 5, czyli 20%.

W aresztach c. k. sądu powiat. w Rawie panował także tyfus w pierwszéj połowie roku ubiegłego i stwierdzono, że zarówno przyjmowano chorych do więzienia, jakotéż i wypuszczano chorych z aresztów.

Powody tych wszystkich epidemij więziennych tyfusu są następujące: 1) Przyjmowanie chorych do aresztów, lub też zdrowych pochodzących z miejscowości nawiedzonych groźniejszą nawet epidemiją tyfusową (i tak w czasie panowania epidemii tyfusu w Pogorzelisku i w Zamku od stycznia do lipca 1886 odsiadywało w aresztach sądowych w Rawie z tych miejscowości 25 osób, bądź jako inkwizyci, bądź jako zasądzeni, w czasie panowania tyfusu w Worchracie w sierpniu odsiadywało kary z téj miejscowości 14 osób także w rawskim sądzie). 2) Nader opłakane stosunki higijeniczne przeważnéj ilości więzień i aresztów i to nietylko na prowincyi, ale także w stolicy kraju (areszta c. k. sądu powiat. Sekcyja III). 3) Nadzwyczajne przepełnienie lokalów, wcale nieprzewietrzanych lub niedostatecznie przewietrzanych. 4) Brak szpitalów, a ztąd konieczność pozostawiania więźniów chorych w tych samych kaźniach z zdrowymi, i dziwić się tylko należy, że tak mało ludzi zapada na tyfus. 5) Lekceważenie przepisów sanitarnych ze strony c. k. sądów.

Powyższe przedstawienie rzeczy nie jest wyczerpującém i nie może niém być w obec niejasnéj jeszcze etyjologii tyfusu w ogóle; w każdym razie uważałem za odpowiednie i ten szczupły materyjał ogłosić i zwrócić przez to uwagę szan. Kolegów na niektóre przyczyny rozwlekania się tyfusu w kraju.

---

* Od Magistratu m. Krakowa otrzymaliśmy następujące ogłoszenie:

Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych reskryptem z dnia 12 stycznia 1887 l. 23191 uznało, że jako wolny przemysł w duchu ustawy przemysłowéj może być uważany tylko wyrób i handel sztucznych zębów a zgłoszenia tegoż tylko w wyż podanym zakresie i z têm wyraźnêm zastrzeżeniem przyjmowane być mogą, że tym, którzy ten wolny przemysł wykonywają, montowanie (plombowanie) i wprawianie sztucznych zębów nie jest dozwolonêm. Technika zębów stanowi składową część sztuki lekarskiéj dentystycznéj i nie jest przedmiotem samodzielnego przemysłu, dla tego na przyszłość zgłoszenia do wykonywania techniki dentystycznéj przez władze przemysłowe nie mogą być ani przyjmowane, ani karty przemysłowe nie będą wydawane.

Wszystkim tym przemysłowcom, którzy na zasadzie koncesyi uzyskanéj na przemysł techniki dentystycznéj przed 25 lutego 1849, albo na zasadzie zgłoszenia przemysłu techniki dentystycznéj, przemysł ten wykonywają, należy przypomnieć treść najwyższéj decyzyi z 19 września 1842 publikowaną dekretem kancelaryi nadwornéj z 14 września (14 września Zbiór ust. pol. 1842 pag. 241) i rozp. minist. z 26/2 1849 l. 3531 (Dz. u. p. Nr. 141), według którego tym technikom, którzy tylko do wyrobu sztucznych zębów i szczęk są upoważnieni, czynności i operacyje w ustach nie są dozwolone, oraz że tylko na zamówienie lekarzy dentystów, uzupełniające części ludzkiéj szczęki wyrabiać mogą, w przeciwnym zaś razie za leczenie karani będą według przepisów ustawy karnéj, w każdym zaś razie wedle postanowień karnych ustawy przemysłowéj. Kraków dnia 17 marca 1887. (podp.) *Szlachtowski.*

○ Przyrząd ratunkowy w stanie śmierci pozornéj. Nawet przy naściślejszém zastósowaniu przepisów istnieje możliwość, że zdarzyć się mogą przypadki pogrzebania w stanie pozornéj śmierci. Obawa tego jest dość rozpowszechnioną. Fabrykant Redl skonstruował w ostatnich czasach przyrząd dający zupełną pewność uratowania pozornie zmarłego, gdyby tenże w tym stanie został pochowany. Oto krótki opis tego przyrządu. W wieku trumny jest otwór okrągły, który zewnętrznie pokrywa płyta. Po usunięciu jéj okazuje się mały trzon, do którego można przyśrubować rurę aż po nad grób sięgającą. Otwór w wieku trumny zamyka płyta usuwająca się za pociśnięciem sprężyny. Rura jest również zamknięta płytą a obie płyty zamykające połączone są drutem. Przy zamknięciu otworu w trumnie istnieje również drut, który się przymocowywa do ręki pozornie zmarłego. Prócz tego płyta zamykająca rurę połączona jest z bateryją elektryczną i dzwonkiem, pomieszczonemi w ozdobnéj skrzyneczce. Gdy pogrzebany wykona jakikolwiek ruch, otwierają się obie płyty zamykające, dopływa zaraz świeże powietrze a równocześnie odzywa się dzwonek alarmowy, poczém odgrzebanie nastąpić może. Przyrząd ten łączy w sobie wszelkie warunki, jakich się od podobnych przyrządów wymaga.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39·1. Z błonicy i dławca umarło 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t); z gruźlicy 14 (11 z. t.); z zapalenia płuc 15 (13 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 4 krztuśca, 1 duru brzusznego, 2 duru osutkowego (ze Zwierzyńca i z Brodeł), 1 róży, 2 czerwonki. W tygodniu od 27 lutego do 5 marca zmarło z ospy: w Królewcu 2, w Budapeszcie 17, w Pradze 2, w Tryjeście 2, w Rzymie 10, w Paryżu 2, w Warszawie 7, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Berlinie 9, w Hamburgu 16, w Paryżu 41, w Petersburgu 24. Z odry umarło w Paryżu 46, w Londynie 55, w Augsburgu 10. Z płonicy umarło w Warszawie 7, w Wiedniu 10, w Londynie 9, w Petersburgu 18. Z błonicy i dławca umarło w Budapeszcie 11, w Paryżu 44, w Berlinie 30, w Hamburgu 22, w Londynie 32, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło w Paryżu 13, w Londynie 29, w Kopenhadze 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 lutego do 5 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,1; we Lwowie 36,8; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 21,9; w Kołomyi 42,4; w Przemyślu 35,3; w Stanisławowie 45,4; w Tarnopolu 36,5; w Tarnowie 28,5; w Czerniowcach 34,4; w Warszawie 26.3; w Poznaniu 24,1; w Wiedniu 28,1; w Salcburgu 41,0; w Gracu 32,9; w Insbruku 28,3; w Pradze 37,6; w Bernie 35,2; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 42,5; w Berlinie 21,5; we Wrocławiu 33,2; w Gdańsku 28,9; w Dreźnie 24,4; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 30,3; w Lipsku 20,9; w Mnichowie 22,2; w Strasburgu 21,8; w Brukseli 26,4; w Budapeszcie 39,2; w Chrystyjanii 17,1; w Kopenhadze 25,3; w Londynie 20,2; w Odesie 23,8; w Paryżu 27,6; w Petersburgu 31,2; w Rzymie 30,2; w Stokholmie 25,4; w Wenecyi 30,7.

VI. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 13 kwietnia. Otwarcie nowego gmachu Uniwersytetu oznaczone zostało ostatecznie na d. 13 czerwca; na

uroczystość zjedzie p. Minister Oświecenia i będzie miał przemowę w auli, oraz prawdopodobnie pp. Ministrowie Skarbu i dla Galicyi i kilku radzców ministeryjalnych.

* Otrzymaliśmy: *Bericht über d. XX ordentliche Generalversammlung des Vereins d. Aerzte in d. Bukowina pro 1886*, Czernowitz, 1887, in 8vo, str. 17. Jestto Sprawozdanie z posiedzenia dorocznego, które się odbyło w Czerniowcach d. 16 lutego r. b. Stowarzyszenie istnieje lat 20. prezesem honorowym jest radzca rządowy i referent spraw lek. Dr. Denarowski, prezesem Dr. Załoziecki. Z poglądu na wykłady i odczyty naukowe, odbyte w r 1886 wynika, że w pracach tych głównie mieli udział Drowie Mitkiewicz, Philipowicz, asystent Gaertner z Wiednia, proff Kleinwächter i Wolczyński, lekarz wojskowy Dr. Kapper, Drowie Strzelecki, Mayer, Zunkan. Przewodniczący wspomina następnie o śmierci członka Dra Hipolita Przezdzieckiego, poświęcając zmarłemu koledze serdeczne wspomnienie. Na rok bieżący wybrani zostali jednogłośnie: przewodniczącym Dr. Załoziecki, a jego zastępcą Dr. Kasprzycki. Stowarzyszenie, pięknie się rozwijające, liczy obecnie członków zwyczajnych 65, nadzwyczajnych 7, honorowych 33, korespondentów 10.

* **Lwów** d. 14 kwietnia. Uroczystość jubileuszu Protomedyka odbyła się według programu. W południe odbyło się w sali stowarzyszenia „Sokół" Walne Zgromadzenie delegatów Tow. lek. galicyjskich pod przewodnictwem Dra Longchampsa starszego, na którém przez aklamacyję uchwalono nadać Protomedykowi dyplom członka honorowego. O godzinie 2éj wszyscy lekarze zebrali się w sali recepcyjnéj w pomieszkaniu protomedyka, gdzie po świetném przemówieniu wiceprezesa Tow. prof. Czyżewicza, złożyli życzenia Jubilatowi Rektor Uniw. prof. Pilat, następnie dziekan Wydziału lek. krak. prof. Browicz, daléj prezes Tow. lek. krak. docent Pieniążek, redaktor Przeglądu Lekarskiego, oraz liczne inne stowarzyszenia. Na wszystkie te życzenia odpowiedział rozczulony do łez Jubilat. O godzinie 6éj odbyła się wspólna uczta w hotelu Europejskim; przy stołach zasiadło około 80 osób. Pierwszy toast wymownemi słowy wniósł prof. Czyżewicz, daléj Jubilat, prezes Tow. lek krak., Dr. Krówczyński, i wielu innych a szereg toastów zakończył sędziwy Dr Longchamps serdeczném „Kochajmy się". Wieczorem po 8éj w salonach protomedyka zebrali się wszyscy na uroczystość przybyli, prawie nikogo nie wyjąwszy. Obecność licznych kolegów z Krakowa serdecznie witano. Z powodu jubileuszu oprócz licznych depesz, zwłaszcza z Krakowa, protomedyk otrzymał dyplom członka honorowego Tow. lek. warsz i Tow. lekarzy kijowskich, dyplom ten miał wieczorem przywieźć kol. Rumszewicz, umyślnie z Kijowa przybywający. Cała uroczystość odbyła się pięknie, ochoczo i bez najmniejszego dysonansu.

* **Wiedeń.** O opróżnioną posadę prymaryjusza oddziału II dla syfilitycznych w szpitalu powszechnym ubiega się 10 kandydatów, a mianowicie Drowie: Finger, Grünfeld, Hebra, Jarisch, E. Kohn, prof. Lang z Insbruku, Mrazek, Riehl, Vajda i Zeissl.

W ubiegłém połroczu zimowém zapisanych było w Uniw. wiedeńskim 6157 słuchaczów, z tych na Wydział lekarski przypada 2993, czyli o 320 więcéj niż w roku przeszłym: pomiędzy słuchaczami medycyny było 312 obcokrajowców (95 Amerykanów, 33 Niemców, 13, Szwajcarów, 30 Anglików, 28 Rosyjan, 76 Rumunów i 37 Serbów). Największy w świecie Wydział lekarski w Paryżu liczył w roku przeszłym 4000 słuchaczów, a pomiędzy nimi 553 obcokrajowców. *(W. med. Presse)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Dr. Liebermann, prof. chemii w zakładzie weterynarskim, habilitował się jako docent chemii sądowéj i policyjnéj. — **Berlin.** Prof. Olshausen w Hali przyjął ofiarowaną sobie katedrę położnictwa w Berlinie. — **Insbruk.** Na opróżnioną katedrę położnictwa proponowani są *ex aequo* Kocks z Bonny, Bumm z Würzburga i Ehrendorfer z Wiednia. — **Nancy.** Profesorem położnictwa mianowany Hergott a profesorem kliniki lekarskiéj Spillmann. — **Praga czeska.** Profesorem chorób dzieci w Wydziale niem. ma być mianowany prof. Ganghofner.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Jan Węgrzyński mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj przy szpitalu garnizonowym Nr. 14 we Lwowie.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł pensyjonowany jeneralny lekarz sztabowy Dr. Heidles-Egeegg w 77 roku życia. Był on ostatnim dyrektorem Akademii józefińskiéj. — W Berlinie umarł znany laryngolog Brecker w 46 a we Wrocławiu asystent kliniczny Wolff w 29 roku życia. — W Warszawie umarł w 59 roku życia Dr. Franciszek Rubinstein. Ukończywszy nauki lekarskie w Warszawie zajmował przez lat kilka posadę lekarza miejscowego w Maryjskim domu położniczym w Petersburgu; w r. 1852 mianowany lekarzem przytułku położniczego Nr. 5 w Warszawie na posadzie téj pozostał, aż choroba nie zmusiła go do usunięcia się. Obszerne sprawozdanie kliniczne skreślone przez niego pojawi się w druku już po śmierci autora w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Nadto ogłosił dawniéj kilka prac położniczych w czasopismach polskich i niemieckich, pomiędzy innemi i w *Przeglądzie Lek.* w r. 1884. Prawość charakteru i skromność cechowały zmarłego przedwcześnie. *(Gaz. Lek.)*.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 15: Smoleńskiego: Uwagi nad hydroterapiją niektórych nerwic oddechowych i zboczeń im pokrewnych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Szadka: Karbolan rtęci i zastósowanie jego w przymiocie (dok.); Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.); Wolberga: Tyfus brzuszny u dzieci. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Bibliographie des sciences médicales. Index méthodique et catalogue descriptif des livres et journaux, français et étrangers sur les sciences médicales. Paris I. B. Baillier et fils, in 8vo, p. 500.

(Jestto bardzo staranne zestawienie literatury lekarskiéj, dawniejszéj i nowszéj, przeważnie atoli francuskiéj, z podaniem cen, a gdzieniegdzie i krótkiéj treści dzieła).

Dr K. BARĄCZ: Die Excision des Trommelfells u. Hammer b. Sklerose d. Paukenschleimhaut Odbitka z *Wien. Med. Woch.* 1887), in 8vo, str. 12.

TENŻE: Z kazuistyki chirurgicznéj (Odbitka z *Przeglądu Lek.* 1887), in 8vo, str. 16.

TENŻE: Przyczynek do chirurgii jelit (Odbitka z *Przeglądu Lek.* 1886), in 8vo, str. 13

TENŻE: Przyczynek do chirurgii narządu słuchowego (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1886), in 8vo, str. 13.

TENŻE: Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj (Odbitka z *Przegl Lek.* 1885), in 8vo, str. 14.

TENŻE: Rzadszy przypadek nowotworu w okolicy stawu biodrowego lewego (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1884), in 8vo, str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie

ARLOING. CORNEVIN et THOMAS, Le charbon symptomatique du bocuf (charbon bactérien, charbon essentiel de chabert etc.). 2. éd Av. pl. chromol. 8. Paris, Asselin et H. Fr. 7.

AZAM. Hypnotisme double conscience et altérations de la personnalité. Av. fig. 16. Paris, Baillière et fils. Fr. 3½.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. P. w Machnówce, Dr. C. w Gorlicach. Otrzymaliśmy i umieścimy. — **Dr. P. w Paryżu:** Otrzymaliśmy, listownie więcéj.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 bm. o godzinie 6éj **w sali zakładu sądowolekarskiego** posiedzenie zwyczajne, na którém prof. Cybulski będzie miał wykład o hypnotyzmie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 23 Kwietnia 1887. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych.

Podał
Prof. Dr. Mierzejewski w Petersburgu.

(Według wykładu swego, mianego na tegorocznym Zjeździe psychijatrów w Moskwie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16)

Chociaż wyżéj przytoczone daty nie są w stanie pouczyć nas o liczbie wszystkich obłąkanych w Rosyi, ani nawet o chorych na umyśle pewnego wieku, to natomiast dowodzą, że na 754,362 młodzieży jednoletniéj, która uległa oględzinom komisyi poborowéj w ciągu wymienionych trzech lat naliczono obłąkanych i idyjotów 3,072, czyli 4 na 1000 powołanych.

W sprawozdaniu Departamentu Lekarskiego za r. 1882 wyrażono, że w tym roku w 54 gubernijach było 69 zakładów dla chorych na umyśle z 6,172 łóżkami, a liczba w nich leczonych chorych wynosiła 22,394. W tém sprawozdaniu, które wyróżnia się większą ścisłością aniżeli przytoczone wyżéj z r. 1878, gdyż obejmuje i te gubernije, które były pominięte, uderza ta okoliczność, że wyliczono o 772 łóżek dla obłąkanych więcéj aniżeli w r. 1878, t. j. o $^1/_7$ więcéj, a liczba leczonych była wyższą względnie do r. 1878 o 13,320. Wreszcie w sprawozdaniu Departamentu Lekarskiego za r. 1886 liczbę łóżek dla obłąkanych w całém państwie obliczono na 9034 (8729 cywilnych i 305 wojskowych). A jeżeli przypuścimy, że liczba ta w końcu r. 1886 dosięgła 10,000, to i w takim razie ilość miejsc wyznaczonych w Rosyi dla obłąkanych jest 12 razy mniejszą aniżeli w Szwajcaryi, gdzie 1 obłąkany doznaje opieki w zakładzie na 866 ogólnéj liczby mieszkańców, a w Rosyi 1 na 10,000.

Najlepiéj poucza, w jakim stanie znajduje się sprawa opieki nad obłąkanymi tak na prowincyi jak i w Petersburgu, memoryjał Towarzystwa psychijatrów, przesłany Towarzystwu ochrony zdrowia społecznego r. 1881. Z memoryjału tego wynika, że w 11 zakładach petersburskich znajduje się 1885 obłąkanych na 927,000 mieszkańców téj stolicy, t. j. jeden na 544 mieszkańców. Rzecz prosta, że gdyby podobny stosunek istniał w całém państwie, mielibyśmy z czego być dumni przed Europą, mając dzieło opieki nad obłąkanymi w Rosyi doprowadzoném do wysokiéj doskonałości, gdyż na podstawie teoryi i statystyki powszechnie uznano, że na 1000 mieszkańców państw oświeconych przypada przynajmniéj troje obłąkanych (wyłączając idyjotów), z których znowu trzecia część, t. j. 1 na 1000 mieszkańców, potrzebuje opieki zakładowéj. Lecz inaczéj mają się rzeczy na prowincyi, a inaczéj w stolicy i to takiéj jak Petersburg, z jemu tylko właściwemi, licznemi niehigijenicznemi warunkami życia, dzięki czemu, jak to wynika z tygodniowych biuletynów magistratu, więcéj ludzi umiera aniżeli się rodzi, tak że przyrost ludności zawdzięcza się tylko przybyszom. Przypuszczenie zatém Towarzystwa psychijatrów wyrażone w wspomnianym wykazie, jakoby w Petersburgu przypadał 1 obłąkany na 300 mieszkańców, należy uważać za nieprzesadne i zupełnie słuszne. Biorąc zatém na uwagę przytoczony rachunek i najnowszą statystykę ludności Petersburga należy przypuścić, że ogólna liczba obłąkanych w stolicy rosyjskiéj wynosi 3,000 osób.

Nie należy wreszcie spuszczać z uwagi téj okoliczności, że powszechnie przyjęta zasada, jakoby tylko $^1/_3$ (1:1000) z ogólnéj liczby obłąkanych wymagała koniecznego umieszczenia w zakładzie, nie daje się bezwarunkowo zastósować do wielkich miast, a zwłaszcza stołecznych, gdyż obrachowanie to stosuje się tylko do całego kraju, a nie miast stołecznych; co do tych ostatnich, to według naszego mniemania przynajmniéj $^2/_3$ potrzebuje opieki zakładowéj. Na dowód posłużyć może kraj posiadający wielkie miasta, Anglija, w któréj udziela się opieki zakładowéj nie w stosunku 1:1000, lecz 1:440 mieszkańców. W Petersburgu korzysta z opieki zakładowéj 1 obłąkany na 544 mieszkańców, a jeśli uwzględnimy tylko ściśle i racyjonalnie korzystających z opieki (1000—1100), to wypadnie 1 obłąkany przebywający w za-

kładzie na 836—927 mieszkańców, zatém stosunek daleko pozostający w tyle za stosunkiem w Anglii, i to nie w wielkich miastach, lecz w całym kraju. Mamy powody twierdzić, że w Petersburgu znajduje się znaczna liczba obłąkanych, pozostająca bez wszelkiéj opieki zakładowéj. Co się z tymi biednymi ludźmi dzieje, kto o nich dba, jakim sposobem zdobywają oni sobie warunki do życia, i jak giną w walce o te warunki? są to pytania, na które żadna statystyka do téj pory nie odpowiedziała. Że przypuszczenie nasze o liczbie obłąkanych w Petersburgu nie jest przesadne, o tém można przekonać się z porównania Petersburga z Paryżem, w którym według sprawozdań prefekta téj stolicy, na 2.000,000 mieszkańców w r. 1881 przypadało 8,260 obłąkanych, t. j. 1:242 mieszkańców.

Z tego, co powiedzieliśmy, wynika, że 1) ogólna liczba obłąkanych w Rosyi nie jest znaną nawet w przybliżeniu, że 2) liczba miejsc przeznaczonych w zakładach dla obłąkanych jest niższą w Rosyi 12 razy, aniżeli w niektórych krajach Europy, np. w Szwajcaryi, że 3) nawet w takiéj stolicy, jak Petersburg, liczba łóżek w specyjalnych zakładach dla umysłowo chorych nie odpowiada istotnéj potrzebie tego miasta.

Z chwilą przejścia opieki nad obłąkanymi do zakresu działalności ziemstw zaznacza się wybitne polepszenie tego humanitarnego dzieła. Wiele ziemstw z całą sumiennością postarało się o światłych i biegłych psychijatrów, i wszędzie, gdzie ten wybór wypadł szczęśliwie, zarządzono zbawienne ulepszenia, pobudowano nowe zakłady, a system kolonijalny stał się wymarzonym wzorem dla zakładów ziemstwa. Twerski zakład we wsi Buraszowie może służyć za wzór szlachetnych i wzniosłych dążności ziemstwa do polepszenia bytu umysłowo chorych. Tym dążnościom zawdzięczamy tak znaczny w ostatnich czasach przyrost łóżek w zakładach dla obłąkanych, i to zaufanie, którém się szczycą w społeczeństwie zakłady ziemstwa i kierujący niemi lekarze. Śmiało twierdzić możemy, że sprawa ochrony obłąkanych znacznie postąpiła, do czego nie mało przyczynił się rząd, przyznając ziemstwom zasiłki przy budowie nowych zakładów. Pomimo to w działalności poszczególnych ziemstw i szczególnych zakładów dla obłąkanych nie można dopatrzyć się wspólnéj nici wiążącéj je z sobą, ani też ogólnego planu lub jakiéjkolwiek solidarności. To wieje z wykazów ogłaszanych przez lekarzy: w ich sprawozdaniach klasyfikacyja chorób umysłowych różnorodna, pojęcia o wyzdrowieniu chorych są różne, tablice etyjologiczne niepodobne jedne do drugich. Naprzykład, w wykazie zakładu kazańskiego liczba umysłowo-chorych wyleczonych wynosi od 13% (1882 r.) do 15% (1884 r.), w moskiewskim szpitalu Przemienienia Pańskiego 18% (1882 r.), w szpitalu św. Mikołaja Cudotwórcy 9,4% (1885), w szpitalu charkowskim 48,9% (1882). Nadużycie wyskoku miało wywołać obłąkanie w szpitalu św. Mikołaja u 7%, w Charkowie zaś u 42% itd.

W obec takiéj niedokładności wykazów urzędowych o liczbie umysłowo chorych i takiéj niejednostajności co do klasyfikacyi, uleczności i etyjologii obłąkania, sądzę, że dla osiągnięcia więcéj wiarogodnych wiadomości i więcéj szczegółowego zapoznania się ze stanem opieki nad obłąkanymi w Rosyi, nie byłoby bez korzyści przedsięwziąć następujące kroki.

Zrobić ogólny spis obłąkanych, tak pozostających w zakładach jak i przebywających przy rodzinach. Ażeby ułatwić tę czynność statystyczną, przygotowało Towarzystwo Psychijatrów w Petersburgu kartki statystyczne, dla wykazania obłąkanych leczących się w zakładach i przebywających poza zakładami. Należałoby rozesłać te kartki do wszystkich ziemstw, do zarządów miejskich i wszystkich zakładów dla obłąkanych, ażeby przez wypełnienie ich ułożył się materyjał statystyczny, wykazujący liczbę obłąkanych w całéj Rosyi.

Ponieważ wykazy statystyczne o umysłowo chorych pozostają w zakładach w ścisłym związku z klasyfikacyją psychóz, przyjętą w tym zakładzie, to dla ujednostajnienia sprawozdań zakładowych Towarzystwo psychijatryczne wypracowało tablice nozograficzne, według których zakłady dla obłąkanych układałyby swoje sprawozdania. Tablice te ułożono na podstawie klinicznéj i patologiczno-anatomicznéj. Towarzystwo ma przekonanie, że klasyfikacyi chorób umysłowych w szerokiém pojęciu tego słowa, t. j. takiéj, która obejmuje najdrobniejsze odcienia różnych postaci chorób umysłowych, przyjętych w nauce tegoczesnéj, jak np. klasyfikacyja Schülego i Krafft-Ebinga, nie można wziąć za podstawę dokładnéj statystyki z punktu praktycznego, z powodu zbyt wielkiéj różnorodności i ciasnych ram, w których należy pomieścić liczne grupy chorób, uczyniłoby to pracę statystyczną zbyt trudną i zawikłaną. Dla uniknięcia tych trudności Towarzystwo Psychijatrów poprzestało na nomenklaturze uproszczonéj, krótkiéj, któraby pomieściła w sobie wszystkie postacie kliniczne chorób, uznane przez wszystkich za pierwowzorowe, wybitnie odosobniające się w pojęciu klinicznem. Tablice te należałoby jeszcze uzupełnić rubrykami etyjologicznemi, których wypracowanie jest dosyć kłopotliwe i jeszcze nie zostało przez Towarzystwo wykończone.

Oprócz potrzeby zestawienia dokładnego spisu umysłowo chorych w państwie rosyjskiem zachodzi konieczność zbadania stanu zakładów dla obłąkanych; rewizyi téj winny dokonać osoby należące do administracyi lekarskiéj, ze współudziałem ludzi biegłych w specyjalności psychijatrycznéj i architektonicznéj, gdyż tylko na podstawie osobistych ich spostrzeżeń na miejscu i zasięgniętych wiadomości o statystyce obłąkania okolicy od osób kierujących zakładami i członków ziemstwa, można wyrobić sobie zdanie stanowcze o potrzebnych i pożytecznych zmianach w sprawie opieki nad obłąkanymi téj miejscowości. Rzecz naturalna, że ze względu na wielkie obszary carstwa rewizyja taka może odbyć się tylko stopniowo, tém więcéj, że rząd nie posiada większéj liczby ludzi biegłych, a przy układaniu statystyki obłąkania trzeba walczyć z licznemi trudnościami, zwłaszcza, że po za obrębem miast ma się do czynienia z ludźmi nieoświeconymi, analfabetami.

Kierując się wieloletniém doświadczeniem w kraju, spostrzeżeniami w państwach ościennych i ogólnemi zasadami nauki, sądzimy, że niezbędném jest dla utrwalenia prawidłowego dozoru nad obłąkanymi w Rosyi urządzenie trzech rodzajów zakładów dla umysłowo chorych: klinik przy wszechnicach, zakładów ziemstw i miejskich.

Powodzenie dzieła opieki nad obłąkanymi zależy w wysokim stopniu od wyrobienia fachowego ludzi, mających kierować zakładami. Kierownicy ci powinni być gruntownymi specyjalistami, gdyż psychijatryja i spowinowacone z nią choroby nerwowe stanowią tak rozległy dział nauki lekarskiéj, że posiadanie biegłe téj wiedzy, obok ogólno-lekarskiego wykształcenia, wymaga wyłącznych specyjalnych studyjów. To wykształcenie psychijatrów nastąpić może tylko pod kierunkiem światłych profesorów i poważnéj pracy pra-

ktycznéj w wzorowych zakładach. Do téj pory rozsadnikiem specyjalnéj wiedzy psychijatrycznéj była klinika chorób umysłowych w Petersburgu, pierwszy zakład tego rodzaju w Rosyi, założona 1859 r. przez nader czcigodnego mego nauczyciela, prof. I. Balińskiego, którego imie, otoczone czcią i chwałą, powinno jaśnieć na pierwszém miejscu dzisiejszego naszego zgromadzenia, gdyż onto ze swoimi uczniami rzucił trwałe podwaliny pod szlachetne dzieło opieki nad obłąkanymi w Petersburgu i w ogóle w Rosyi. Tylko dzięki ich pożytecznéj działalności powstał wzorowy zakład na stacyi Udielnaja, w którym obok leczenia zastosowano z wielkim skutkiem metodę zajęcia obłąkanych pracą. Dalszym dowodem téj pożytecznéj działalności jest przekształcenie oddziału dla obłąkanych dawniejszego domu poprawy na szpital św. Mikołaja Cudotwórcy i reformy w szpitalu Wszystkich Bolesnych. Wielu wychowańców téj kliniki, ciesząc się zupełném zaufaniem ziemstw, poczyniło w promieniu swéj działalności zbawienne przekształcenia poprzednich stosunków. Tym sposobem, dzięki ich szlachetnym i umiejętnym staraniom, dzieło opieki nad obłąkanymi znacznie ulepszyło się w Twerze, Kazaniu, Chersonie, Odesie, Symferopolu, Nowogrodzie, Samarze, Pułtawie; nowo powstałe katedry psychijatryi w Kazaniu i Kijowie także przypadły wychowańcom kliniki petersburskiéj. Upłynęło 28 lat niestrudzonéj pracy tego naukowego zakładu, który dzięki życzliwym staraniom ministra wojny p. Wannowskiego i kierownika medyko-chirurgicznéj Akademii Bykowa, zostanie przeniesiony wkrótce do umyślnie wystawionego własnego zakładu, urządzonego podług najnowszych wymagań teoryi, a tuszyć należy, że zakładowi temu przypadnie wybitne miejsce wśród klinik europejskich. Pod kierownictwem byłego dyrektora kazańskiéj kliniki ś. p. profesora Frezego wykształciło się także kilku pożytecznych praktycznych psychijatrów, między nimi prof. Kowalewski. Dzięki jego szczęśliwemu pomysłowi, światłemu początkowaniu i poparciu dyrektora lekarskiego departamentu p. Mamonowa, energii bióra zjazdowego i gościnności sędziwego gospodarza Moskwy I. O. ks. Dołgorukowa, Zjazd obecny przyszedł do skutku, a Moskwa dała mu przytułek. Nakoniec dzięki niestrudzonym zabiegom, energii i zamiłowaniu sprawy prof. Kożewnikowa, będziemy w tych dniach mieli prawdziwe zadowolenie wzięcia udziału w solennéj inauguracyi pierwszéj wzorowéj kliniki psychijatrycznéj w Moskwie, uwieńczenie jego wieloletnich, ludzkich i światłych poglądów na sprawę opieki nad obłąkanymi w Rosyi. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośnii i Hercogowinie.

Podał
Dr. Leopold Glück,
lekarz obwodowy i kierujący szpitalem w Trawniku w Bośni.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Złe i nieracyjonalne leczenie, jakoteż i zaniedbywanie świeżych postaci kiły, są według mego zdania głównemi przyczynami tak często tu występującéj kiły późnéj *(syphilis tardiva)*. I właśnie chorzy z objawami tego okresu stanowią główny kontyngens dla obserwacyi lekarskiéj. A nawet i z tego rodzaju przypadków przychodzi większa część dopiero wtedy, gdy już choroba znaczne i rozległe zniszczenia sprawiła. Nierzadko zdarzają się przypadki, w których sprawa chorobowa pozostawiwszy większe lub mniejsze spustoszenia lub oszpecenia sama się goi. Widziałem nieraz chorych, którzy nie mieli już podniebienia miękkiego albo kostnego rusztowania nosa, którzy nie używali żadnego lekarstwa, a byli już wyleczeni. Z drugiéj strony zdarza się widzieć przypadki, w których choroba coraz daléj się szerzy, i nawet przed prawidłowém leczeniem ustąpić nie chce. Przyczyna tych różnic zdaje się leżeć w ogólném stanie odżywienia odnośnego człowieka. Aby czytelnikowi dać możność poznania przypadków późnéj kiły, które się tutaj do leczenia nadarzają, niech mi wolno będzie kilka odnośnych przypadków opisać:

3go grudnia 1885 został przyjęty do szpitala Salih Bar. pod Nr. 136. Od chorego można się tyle tylko dowiedzieć, że od 3 lat jest chory, że się przez ten czas dużo leczył u tutejszych krajowych lekarzy, t. j. partaczów, bez wstrzymania dalszego postępowania choroby. Chory blizko 55 lat liczący, jest wzrostu małego, znacznie wychudły, chód ma ciężki, zbliżony do chodu kaczki, tętno regularne ale miękkie, ciepłotę ciała niepodwyższoną. Na czole po stronie lewéj skóra na przestrzeni wielkości dłoni widocznie zcieńczała, biało zabarwiona; górny brzeg blizny przekracza granicę włosów, tak że w tém miejscu czoło o 4 cm. wyżéj sięga niż po stronie lewéj. Na zewnętrznéj stronie prawego ramienia, prawie w środku, znajduje się strup wielkości centa brunatno-czerwony, silnie przylegający i miernie gruby; po oddzieleniu go widać wrzód o brzegach podminowanych, dnie nieczystém, drążący w głąb przez całą grubość skóry. Otoczenie wrzodu jest lekko naciekłe, niezabarwione. Na wzgórku łonowym znajduje się brudno-biała blizna, podobna do blizny na czole, ta jednak nie jest tak ostro odgraniczona, lecz przechodzi zwolna w blado-czerwony naciek zajmujący wewnętrzną część obu pachwin, całe moszna, górną połowę przedniéj i wewnętrznéj powierzchni obu ud, jakoteż dolną część pośladków; naciek pokryty jużto łatwo oddzielającemi się brudno-szaremi łuskami, jużto pojedynczo rozrzuconemi brudno-czerwonemi strupami jest odgraniczony ostro, tak że skóra zdrowa od zajętéj zabarwieniem wyraźnie się różni; oprócz tego znajdują się na granicy nacieku liczne strupy, dosyć grube, ciemno-brunatne, od wielkości ziarna kukurydzy do wielkości krajcara, po oddaleniu których widać różnéj wielkości płytsze i głębsze ubytki w skórze. Wrzody te mają po większéj części dno nieco nierówne i nieczyste, a nadto mniéj lub więcéj podminowane lub wyniosłe brzegi. W miejscu członka znajdujemy tylko 2 cm. długi kikut, którego przedni koniec pokryty jest grubym nieregularnym jużto brudno-brunatno-czerwonym, jużto ciemno-żółtym strupem; po jego oddzieleniu widać powierzchnię wrzodu nierówną, miernie ropiejącą, otoczoną brzegami nienaciekłemi, ząbkowatemi. Na dolnéj powierzchni wrzodu można widzieć resztki rozstępujących się brzegów cewki; gruczoły limfatyczne pachwinowe niepowiększone. Na podstawie tego badania, a szczególnie ze względu na charakterystyczne postacie wrzodów otaczających naciek, ze względu na blizny na czole i wzgórku łonowym, ze względu na istniejące jeszcze zmiany na prąciu: rozpoznałem kiłę późną *(syphilis tardiva)*. Wrzód na prąciu z powodu rzadkości zwrócił szczególniéj na siebie moją uwagę, a od chorego dowiedzieć się mogłem tylko tyle, że przed 1½ rokiem zaczął mu się tworzyć wrzód na żołędzi, który się coraz bardziéj szerzył nietylko w głąb ale i w otoczenie, aż jednego dnia przy oczyszczaniu wrzodu część prącia została mu w rękach. Wrzód nie sprawiał choremu żadnych bolów i obecnie go także wcale nie boli.

Dwie sprawy chorobowe musiałem wykluczyć przy rozpoznawaniu, a mianowicie zgorzel i raka prącia; brak nacieku na brzegach wrzodu, brak bolów, brak obrzęku gruczołów limfatycznych, a wreszcie długi przebieg przemawiały przeciw rakowi. Powolny przebieg i brak momentu przyczynowego, jak przebyty poprzednio tyfus lub inna ostra choroba zakaźna przemawiały przeciw zgorzeli. Zresztą wszystkie objawy charakterystyczne towarzyszące w niedwuznaczny sposób kazały myśleć o kile. Zarządziłem skombinowane leczenie przeciwkiłowe, obok leczenia miejscowego, a do cewki moczowéj założono komornem elastyczny kateter. Już 10 grudnia można było stwierdzić zaczynające się zabliźnianie wrzodów, które bez przerwy postępowało aż do 22go stycznia 1886. Chory wyraźnie tymczasem przybrał na ciele, poruszał się swobodnie, miał dobry apetyt i był dość wesoły. 22go stycznia zjawiają się lekkie dreszczyki, chory traci apetyt, z oczu ciekną łzy, z nosa ciągliwa ciecz, chory skarży się na bóle w prawém ramieniu. Na zewnętrznéj jego stronie, bliżéj środka, stwierdziłem elastyczny guz wielkości jaja kurzego, w tkance podskórnéj pokryty skórą mocno zaczerwienioną. Porzucono zaraz jodek potasu, który chory po 3·0 dziennie używał, również zaprzestano robić wcierania, a guz na ramieniu przykryto plastrem rtęciowym. Już 2go lutego objawy jodyzmu ustąpiły, wszystkie wrzody wyjąwszy jeden na kikucie prącia zabliźniły się, naciek w skórze znacznie się zmniejszył, a kilak w ramieniu zupełnie się zresorbował. Ponieważ chory nie chciał pozostać dłużéj w szpitalu, wypuszczono go do domu w stanie znacznego polepszenia.

Oprócz tego przypadku miałem jeszcze sposobność widzieć tu 2 przypadki ze zmianami na prąciu, które zaliczyć należy do późnego okresu kiły. 18go stycznia 1885 przedstawił mi się 22-letni Meho R. z Vites koło Trawnika, z następującemi objawami: Na prawo od języczka ku przodowi na podniebienie miękkie rozciąga się wrzód 3 cm. długi, 1 ½ cm. szeroki, o brzegach nieregularnie nacieklych, żółtą gęstą ropą obłożony. Sięga w głąb na całą grubość podniebienia miękkiego. Prawa goleń w całéj długości swéj zgrubiała, przy dotykaniu bolesna; skóra prawie całego prącia tworzy jeden nieregularny wrzód, pokryty gęstą dobrze przylegającą ropą, dno jego nierówne, brzegi utworzone przez resztki skóry prącia zdają się jakby wyżarte, są mało stwardniałe. Prącie samo ku żołędzi nieco pałeczkowato zmienione. Cierpienie całe ma trwać od 3 lat i mimo leczenia przez lekarzy tamecznych krajowych wciąż posuwało się naprzód; od roku blisko wystąpiły bóle w prawém podudziu, które choremu przez wiele nocy spać nie dały. Zachęciłem go do zostania dla leczenia w szpitalu, obiecał wprawdzie przyjść, ale już się więcéj od tego czasu u mnie nie zjawił.

17go maja 1886 przyjęty został do szpitala 34-letni wieśniak, Marko Dz., pod Nr. 71, z następującemi objawami: Na żołędzi widać 8 ostro odgraniczonych guzów, wielkości grochu, nad powierzchnię wystających; nad jednym jest skóra niezmieniona, nad resztą wyraźnie zcieńczała, miernie zaczerwieniona, lekko łuszcząca się. Guzy są elastyczne, miękkie. Oprócz guzów znajduje się na żołędzi wrzód drążący w głąb tkanki, z ostro ciętemi i spadzistemi brzegami, o dnie mocno obłożonem; powstał on widocznie przez rozpad guza. Zmiany na prąciu mają istnieć dopiero od 2 miesięcy, przed kilkoma laty miał wysypkę na skórze i chrypkę; gruczoły pachwinowe nie są powiększone. Rozpoznałem kilaki żołędzi i zaleciłem 3·0 jodku potasu dziennie, a miejscowo plaster rtęciowy. 11go czerwca chory opuścił szpital uleczony, z bliznami miękkiemi, okrągłemi, wciągniętemi. 22go października tego samego roku chory znów się przedstawił z wrzodem w rowku zażołędnym prawym, 1 ½ cm. długim a ½ cm. szerokim, o brzegach wywiniętych, zgrubiałych. Wrzód jest znacznie obłożony, niebolesny, miał się przed miesiącem wytworzyć ze zmiany podobnéj do wyżéj opisanych guzów; jądro prawe znacznie powiększone, twarde, mało bolesne; chory nie chciał zostać w szpitalu i dla tego nie widziałem go już więcéj.

Następujące przypadki, które podczas podróży komisyjnéj widziałem w miasteczku Zemća i które badałem, nie budzą wprawdzie szczególnego naukowego zajęcia, nie będą jednak zbyteczne dla bliższego zcharakteryzowania codziennéj tu prawie kiły późnéj.

Suljo S. z Pojska, 32 lat liczący, cierpiący już od r. 1876. Na zewnętrznéj powierzchni lewego uda znajduje się ubytek wielkości dłoni, o brzegach nieregularnych, ząbkowanych i wyniosłych, o dnie nierównem,już to czystemi, już to nekrotycznemi strzępami pokrytém. Otoczenie wrzodu miernie obrzmiałe, twarde w dotknięciu blado-czerwono zabarwione. Powyżéj wrzodu ku pośladkom znajduje się dwa razy tak wielka blizna, zrośnięta z pod nim leżącym guzem, nieregularnie zaciągnięta. Przechodzi ona w dolnéj części we wrzód wyżéj opisany. Chory jest na zdrowiu podupadły, niedokrewny. Poddał się już 3 razy nakadzaniom rtęciowym, jednak bez widocznéj ulgi. Również bezskuteczne były różne, do tego czasu używane maści, dostarczane mu przez tutejszych lekarzy (*Hekim)*.

Hasim Orm. z Brižnik, około 40 lat liczący, miał już raz odbyć leczenie wcieraniami przed okupacyją Bośnii, jeszcze jako żołnierz turecki. Obecnie mowa jego jest nosową, niewyraźną, blisko tylnego brzegu podniebienia miękkiego, na lewo ku łukowi językoo-podniebiennemu, znajduje się głęboki wrzód owalny, większy niż fasola, o brzegach ostrych, spadzistych. Zarówno ściany jak i brzegi jego są pokryte gęstą żółtawo-zieloną ropą. Całe podniebienie miękkie i część twardego, jak również oba migdałki i obejmujące je łuki są mocno obrzmiałe i zaczerwienione; przy uciskaniu podstawy języka na dół, widać znaczne obrzmienie i zaczerwienienie tylnéj ściany przełyku. Połykanie jest utrudnione, gruczoły podszczękowe powiększone i twarde. Gdy wszystkie zastosowane środki nie wiele mu pomagały, poradził mu *hodża*, tj. kapłan turecki, wypijać dwa razy dziennie swój własny mocz po łyżce, co téż miał czynić.

Hazan I. z Rabiny, koło 35 lat liczący, o odżywieniu bardzo podkopaném, ma już od 15 lat być cierpiącym. Prawą połowę klatki piersiowéj począwszy od barku aż do brodawki sutkowéj zajmuje jedna twarda, nieregularna, biaława połyskująca blizna, tak lewe udo jak i podudzie aż do dolnéj trzeciéj części zajmuje jedna blizna, nieregularna, wężykowato się czołgająca, na któréj końcu dolnym znajduje się nieregularny okrągły wrzód o brzegach twardych, o nierównem i nieczystém dnie. Wrzód zdaje się tworzyć głowę węża czołgającego się wzdłuż zewnętrznéj powierzchni uda i podudzia. Chory podaje, że się wcale jeszcze nie leczył.

Osman Aść z Orahovica, 42 lat liczący, miał mieć *freniaka* przed 8 laty. Dziś widać u niego brak miękkiego podniebienia, języczka, przednich łuków i migdałków. Na podniebieniu twardém stwierdziłem dwie postronkowate, białawo połyskujące blizny.

Niko Lover z Cajdras, 30 lat liczący, źle odżywiony,

miał mieć przed 6 laty wrzody w jamie ust i okolicy oczodołów, które po dłuższych nakadzaniach rtęcią miały ustąpić. Od 3 miesięcy doznaje trudności w połykaniu, duszności i prawie zupełnego bezgłosu. Lekki ucisk na krtań wywołuje gwałtowny kaszel, przyczém oddychanie jest bardzo utrudnione, nawet niemożliwém, a wdech gwiżdżący. Stwierdzono brak miękkiego podniebienia, języczka, liczne nieregularne białawo połyskujące się blizny na podniebieniu twardém i wrzód nieregularny okrągły, wielkości wiśni, drążący w głąb w część mięśniową, o dnie mało ropiejącém na tylnéj ścianie przełyku. Ponieważ nie miałem ze sobą wziernika krtaniowego, nie mogłem w tym kierunku chorego dokładnie zbadać.

Mato Ros, około 40 lat liczący z Graćanicy, bardzo zestarzały, w odżywieniu podkopany; nad prawą kością ciemieniową, a mianowicie w przedniéj jéj części znajduje się nieregularna, okrągła blizna wielkości dłoni, białawo zabarwiona i wciągnięta. Prawy pośladek otoczony jest jużto małemi, już większemi nieco wrzodami, pokrytemi grubemi, czerwono-brunatnemi, mocno przylegającemi strupami. Skóra pośladkowa w pośrodku tego wieńca tworzy bladą, miernie wyciągniętą miękką bliznę; ku dołowi sięga jeden z wrzodów aż do bruzdy udowéj i przechodzi potém na powierzchnię przednią uda, gdzie się rozciąga na przestrzeń 2 dłoni. Cały wrzód pokryty jest grubym czerwonawo-brunatnym strupem i sięga aż do głębszych warstw skóry. Matka nieco ograniczonego chorego podaje, że już od 2 lat jest chory, że go leczyło już wielu lekarzy krajowych, ale bez widocznego skutku.

Alija Hers. z Zanicy, około 20 lat liczący, źle odżywiony; prawa połowa twarzy zajęta w dolnéj części przez wrzód o brzegach nieregularnych, wyżartych, o dnie nierówném pokrytém w części czerwono-brunatnym strupem, w części grubym pokładem ropy. Otoczenie wrzodu nieco obrzmiałe, mocno zaczerwienione, wrzód wielkości prawie dłoni. Od dolnego brzegu wrzodu ciągnie się odgałęzienie we formie skóry rozpadłéj, pokrytéj grubym czerwono-brunatnym strupem aż do górnéj części szyi. Brzegi téj rozpadliny są wybitnie czerwone; gruczoły limfatyczne na karku obrzmiałe. Chory był już parę razy leczony nakadzeniami z rtęci i różnemi maściami, lecz bez skutku.

(Dokończenie nastąpi).

III. Krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

Podał
Dr. Jan Prus,
II. asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Przejdźmy teraz do krótkiego skreślenia przebiegu choroby. Ze względu na nasilenie choroby rozróżniamy trzy główne formy cholery, a mianowicie jako najlżejszą formę uważamy biegunkę choleryczną (*cholera diarrhoea*), jako średnią formę, cholerynę, a ciężką formę stanowi cholera właściwa.

Objawy biegunki cholerycznéj są podobne do zwykłego nieżytu jelit powstałego np. w skutek przeziębienia. Pojawiają się bowiem tylko wypróżnienia płynne, żółciowo-śluzowe (3—8 razy na dzień), którym zazwyczaj nie towarzyszą żadne bóle. Czas trwania choroby wynosić może 1—20 dni, a średnio 5—7 dni. Cholerуna występuje najczęściéj nagle w nocy wśród obfitych wypróżnień stolcowych i wymiotów, do czego dołącza się wkrótce ogromne osłabienie i słabe kurcze w łydkach. Choroba trwa 8—14 dni. Cholera właściwa rozpoczyna się zwykle od biegunki tak zwanéj zwiastunowéj (*diarrhoea praemonitoria*), osłabienia, potów, poczém wkrótce pojawiają się bardzo obfite stolce, podobne do wody ryżowéj, wymioty, czkawka, pragnienie, nader silne kurcze w łydkach, w ramionach, chrypka, a wśród tego wyraz twarzy się zaostrza, tony serca słabną, wydzielanie moczu zostaje wstrzymaném. Wkrótce potém następuje okres tak zwany zamartwicowy (*stadium algidum seu asphycticum*) cechujący się ogromném osłabieniem, skórą jak lód zimną i tętnem niewyczuwalném. Okres ten albo kończy się śmiercią, albo przechodzi w okres „odczynowy", wśród którego zwolna ustępują objawy chorobowe, albo téż pojawia się gorączka. Gorączka ta, odczynową zwana, przejść może albo w wyzdrowienie lub w tyfus choleryczny (*cholera typhoid*). Tyfus choleryczny przebiegać może pod trzema postaciami, a mianowicie: 1) pod postacią ciężkiéj gorączki bez zmian w narządach wewnętrznych, 2) pod postacią mocznicy i 3) pod postacią dyfteryi jelita cienkiego i grubego, błony śluzowéj gardła, krtani, pęcherza moczowego itp. lub téż pod postacią ropnicy. Czas trwania właściwego napadu cholery wynosi najwyżéj dwa dni, podczas gdy okres biegunki zwiastunowéj i *stadium algidum* trwają po jednym dniu. Okres odczynowy i tyfoidalny nie ma ściślejszéj granicy. Co do ogólnego przebiegu cholery wspomnieć należy, że u dzieci przebiega ta choroba nader gwałtownie i jest prawie zawsze śmiertelną, a u dorosłych przeważać mogą w jednych przypadkach biegunka i wymioty (*cholera enterica*), w innych zaś brak tętna, skóra zimna, sinica itp. (*ch. asphyctica*), lub téż objawy nerwowe (kurcze, osłabienie serca, zapad sił) albo wreszcie przebieg bywa gwałtownym tak, że nim pojawić się mogą wypróżnienia, następuje już śmierć w kilku godzinach (*cholera sicca*).

Zastanówmy się teraz nad pytaniem, w jaki sposób powstają powyżéj wyliczone objawy. Ze względu, że nader obfite wypróżnienia stolcowe stanowią w cholerze objaw najwięcéj dominujący, starajmy się przedewszystkiém wytłumaczyć ten objaw. Dawniéj sądzono, że przyczyna obfitych stolców w cholerze polega na transsudacyi surowicy z naczyń krwionośnych jelit. Że zapatrywanie to jest mylném, wynika z uwagi, że stolce choleryczne nie zawierają prawie wcale białka ani téż czerwonych ciałek krwi. Przyczyną tak obfitych wypróżnień jest najprawdopodobniéj nadmiernie spotęgowane wydzielanie wszystkich gruczołów jelitowych, podrażnionych, czy to działaniem wprost prątków cholerycznych, czy téż zadziałaniem jadu, wytworzonego przez prątki choleryczne. Przypuszczenie to popierają doświadczenia Hanaua, który po przecięciu wszystkich nerwów trzewowych zauważył tak ogromne spotęgowanie się czynności wydzielniczéj wszystkich gruczołów jelitowych, że ilość wydzieliny przewyższała nawet czasem obliczoną ilość krwi, jaką zwierzę posiadać mogło. Powtóre, ważną jest także i ta okoliczność, że wydzielony w czasie doświadczenia płyn był podobnym do zupy ryżowéj, tak jak w cholerze. Uwzględniając równocześnie doświadczenia Kühnego, z których wynika, że trzustka i jelita wydzielają już nawet w stanie zdrowia bardzo znaczną ilość płynu, obfitującego przedewszystkiém w sole sodowe, przypuścić możemy, że właśnie te gruczoły, t. j. trzustka i gruczoły w jelitach się znajdujące, przyczyniają się głównie do pojawienia się tak obfitych wypróżnień stolcowych w cholerze, zawierających również znaczną

ilość soli sodowych. Gdy jednak w stosunkach fizyjologicznych znaczna część wydzielonego płynu ulega wessaniu w jelicie grubém, to widocznie w cholerze jelito grube nie resorbuje wcale.

Wszystkie inne niemal objawy cholery można, zdaniem wielu autorów, łatwo wytłumaczyć pomnąc, że tak obfite wypróżnienia stolcowe pociągnąć za sobą muszą zubożenie krwi w wodę, następowe zagęszczenie i zmniejszenie ogólnéj ilości krwi. Z tychto bowiem powodów zostaje utrudnionem krążenie, tętno słabnie, skóra staje się zimną, występuje pragnienie, pojawiają się kurcze w łydkach, wstrzymanem zostaje wydzielanie moczu itd. Koch jednak nie odnosi wyliczonych objawów cholery do zagęszczenia krwi, lecz sądzi, że wszystkie objawy cholery zawdzięczają swe powstanie zatruciu organizmu jadem, wytworzonym przez prątki przecinkowe. Zapatrywanie to zyskało poparcie w doświadczeniach Nicatiego i Rietscha, którzy oddzieliwszy z pożywek użytych do hodowli prątków przecinkowych wszystkie prątki przecinkowe za pomocą odpowiedniego przesączenia cieczy, otrzymali ptomainy, ciała chemiczne bardzo silnie trujące a wywołujące u zwierząt chorobę podobną do cholery. Koch wyobraża sobie, że jad ten działa częścią na przybłonek i powierzchowną warstwę błony śluzowéj, sprowadzając obumarcie téjże, częścią zaś ulega wessaniu do krwi, zkąd działa trująco na cały organizm a głównie na narząd krążenia. Jeżeli następuje śmierć wśród właściwego napadu cholery, to przy sekcyi znajdujemy mało zmienioną błonę śluzową a w treści jelit prawie czystą hodowlę prątka przecinkowego, jeżeli zaś chory przetrzyma właściwy napad cholery, to wtedy pojawiają się skutki obumarcia przybłonka i błony śluzowéj. Wśród tego pojawiają się stolce zawierające więcéj białka, które zaczynają gnić. Wówczasto wytwarzają się znów inne trujące produkty, które wywołują odmienny obraz chorobowy, a mianowicie obraz tyfusu cholerycznego.

Środki zapobiegawcze. Pomnąc, że cholera szerzy się głównie za pośrednictwem ludzi chorych na cholerę i za pośrednictwem przedmiotów zanieczyszczonych kałem zawierającym w sobie prątki przecinkowe Kocha, nie trudno pojąć, że przeprowadzenie najściślejszéj kwarantany ochronić może niechybnie całe kraje i państwa od wybuchu cholery. Jako najlepszy przykład w tym względzie posłużyć może ta okoliczność, że w czasie silnéj epidemii w Rosyi w r. 1831 nie zachorował na cholerę nikt z dworu rosyjskiego, który w liczbie 10,000 osób zamknął się w Carskojeselo i zerwał wszelkie stosunki z sąsiedztwem. Doświadczenie jednak pouczyło, że utrzymanie ścisłéj kwarantany przez czas dłuższy na znaczniejszéj przestrzeni jest prawie niemożliwém, jużto ze względu, że utworzenie podwójnych lub potrójnych kordonów w rozciągłości kilkusetmilowéj jest rzeczą bardzo kosztowną i trudną do przeprowadzenia, jużtéż z powodu, że lekkie przypadki cholery (które tak samo dobrze cholerę zawlec mogą, jak najcięższe) usuwają się nader łatwo z pod kontroli. To téż w r. 1874 międzynarodowa komisyja sanitarna w Wiedniu oświadczyła się stanowczo z powyższych właśnie powodów za bezużytecznością kwarantan na lądzie i ograniczyła się do wydania rozporządzeń dotyczących ścisłego nadzoru nad okrętami przybywającemi z Indyj i krajów cholerą dotkniętych. Środki ochronne przeciw szerzeniu się cholery na lądzie mają głównie na celu utrzymanie czystości w mieszkaniach, dokładną dezinfekcyję miejsc, w których gromadzą się różne nieczystości, wystaranie się o dobrą wodę do picia, czuwanie nad dobrocią żywności, jak najrychlejsze rozpoznanie pierwszych przypadków cholery i najstaranniejsze wczesne odosobnienie tychże. W czasie szerzenia się epidemii wystrzegać się należy skwapliwie wszelkich błędów dyjetetycznych, unikać zepsutego mięsa, sera, ogórków, surowych owoców, kwaśnego piwa, spożywać tylko dobrze ugotowane potrawy a przedewszystkiém zwrócić najpilniejszą uwagę na czystość wody, która winna być kilkakrotnie przegotowaną lub téż przynajmniéj d statecznie zakwaszoną kwasem solnym (1%) przez przeciąg jednéj godziny [1]). Zdaniem Rossbacha byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby każdy w czasie epidemii używał co godzina trochę wody, zakwaszonéj kilkoma kroplami kwasu solnego a zwłaszcza po każdém jedzeniu lub piciu. Starannéj czystości bielizny i ciała, jak niemniéj dokładnéj dezinfekcyi wychodków i bielizny należy skrupulatnie przestrzegać.

Leczenie cholery przechodziło różne fazy rozwoju. Pomijając rozmaite sposoby leczenia, zalecane przez różnych lekarzy obcéj narodowości, wspomnę tylko o leczeniu stosowaném przez naszych rodaków, a jednych z głównych przedstawicieli szkoły krakowskiéj i warszawskiéj. Mam tu na myśli prof. Dietla i prof. Chałubińskiego.

Prof. Dietl w wykładach swych klinicznych [2]) w ten sposób się wyraził: „żadna z ostrych chorób prócz zimnicy nie da się tak łatwo i pewnie w swym przebiegu wstrzymać, jak cholera. Kto jednak początek cholery tam dopiero widzi, gdzie kurcze, sinica, brak tętna i inne objawy daleko posuniętéj choroby spostrzegać się dają, a gdzie właściwie już nie z cholerą, ale z nieszczęsną jéj ofiarą ma się do czynienia, ten zapewne zwątpić musi o skuteczności leczenia w téj chorobie. Lecz uważając biegunkę choleryczną już za cholerę, nie lekceważąc jéj, lecz występując przeciw niéj z całym zapasem środków racyjonalnéj medycyny, doświadczymy z wielkiém naszém zadowoleniem, że prawie w każdym przypadku cholerę w tym okresie wstrzymać można.“ Według jego zapatrywania głównem zadaniem lekarza przy leczeniu cholery winno być 1) wstrzymanie biegunki, t. j. przemiana wypróżnień wodnistych i ryżowatych na gęstsze i żółto zabarwione i 2) przywrócenie ustającego krążenia. Przeciw biegunce cholerycznéj zalecał Dietl, oprócz zachowania się dyjetetycznego, makowiec i kalomel. Dopóki wypróżnienia są jeszcze gęstawe i żółto zabarwione, daje się opium, gdy zaś odchody stają się wodnistemi i ryżowatemi, wskazany jest kalomel. Najlepszym środkiem do przywrócenia krążenia jest, jego zdaniem, kamfora lub nacieranie ciała kawałkami lodu, bańki lub wreszcie przystawienie pijawek na dołek podsercowy. Środków tych jednak wolno użyć dopiero wtedy, kiedy biegunka i wymioty ustąpiły, w innym bowiem razie środki te zamiast pobudzić krążenie, przyczyniają się do tém większego zagęszczenia krwi i powiększają stan martwicowy.

Prof. Chałubiński (*Gazeta Lekarska*, 1885) pisze: „Faktem czysto empirycznym, nieulegającym żadnéj wątpliwości, ani wyjątkom, jest, że począwszy od okresu wstępnego (*stadium prodromorum*) aż do szczytu okresu depresyjnego

[1]) Towarzystwo lek. krak. mając na względzie, że kwas solny niszczy dostatecznie prątki przecinkowe Kocha, poleciło fabryce wód gazowych Rzący i Chmurskiego w Krakowie wyrabianie wody sodowéj kwaśnéj mocniejszéj i słabszéj (*acid. hydrochloric. conc. pur.* 0·50 — 0·25 na 1000 gr. wody destylowanéj).

[2]) O cholerze, kliniczny wykład prof. Dietla miany w r. 1854 podał Dr. Falęcki. Kraków, 1865, str. 46.

(tak zwanego *stadium algidum*), ilekroć uda się wywołać wymioty żółciowe, rokowanie staje się bezwarunkowo lepszém. W okresie wstępnym, czy tenże trwa już dość długo, czy bardzo krótko, czy ujawnia się tak zwaną choleryną, czy tylko uczuciem niezwykłego osłabienia, z wyraźnem po większéj części upadkiem energii krążenia, po wywołaniu obfitych wymiotów żółciowych po największéj części wszelkie objawy ustają bardzo szybko: krążenie wraca do zwykłéj energii i w przypadkach nawet cięższych w przeciągu doby chorzy przychodzą zupełnie do siebie. W niektórych tylko, więcéj już zaniedbanych razach t. zw. choleryny, może być w następstwie prawdziwie użytecznem użycie lekkich opiatów. W samym zupełnie już rozwiniętym napadzie wywołanie wymiotów żółciowych jest albo zupełnie niemożliwém, albo przynajmniéj niezmiernie trudném i przeto rzadkiém. Dla wywołania wymiotów żółciowych najlepszym środkiem okazały się proszki, złożone z emetyku (0·05) i ipekakuany (od 0·50 do 1·00), co kwadrans lub 20 minut aż do skutku. Gdzie nie można dać *vomitorium*, niezmiernie jeszcze cennym środkiem w cholerze jest kalomel (od 0·05 do 0·25).

Dziś przeważna część lekarzy zaleca przeciw biegunce cholerycznéj także opium i kalomel. Opium podaje się jużto wewnętrznie (*Extr. opii* 0·03 lub *Tra opii crocata* 5—15 kropli kilka razy dziennie), jużtéż w lewatywach w dawkach nieco większych z wodą ciepłą. Opium działa prawdopodobnie w ten sposób, że wstrzymując kał, dozwala rozwinąć się bakteryjom gnilnym w jelicie, które rozmnożywszy się w dostatecznéj ilości mogą pokonać prątki przecinkowe Kocha. Kalomel zaś (po 0·05 co 1—2 godz. z opium lub bez niego) zamienia się w przewodzie pokarmowym na sublimat i jako taki niszczy prawdopodobnie bakteryje. Przeciwpasorzytniczo działać ma także *bismut. subnitric.* (0·5—1gr. 3—4 razy dziennie) i *naphtalinum purissimum resublimatum* (0·1—0·5 dziennie 5—10 razy w opłatkach w postaci proszków lub w pigułkach keratynyzowanych, które dopiero w jelicie się rozpuszczają. Co do leczenia rozwiniętéj cholery to zważywszy, że śmiertelność w cholerze bez względu na jakość leczenia wynosi mniéj lub więcéj 50%, sądzą Rossbach, Koranyi i inni, że terapija w przypadkach istotnie ciężkich jest prawie bezsilną. W obec tego najlepiéj nie obarczać chorych wielką ilością leków lub herbatą, kawą, wódką, rumem, winem, lecz podawać im od czasu do czasu wodę lodową, wodę sodową, kawałeczki lodu, a dopiero w chwili, gdy wskazanie nastąpi, przystąpić do stosowania enteroklyzy lub hypodermoklyzy, środków poleconych przez Cantaniego.

Enteroklyzą nazwał Cantani wlewanie do jelita grubego znacznych ilości (1½—2 litrów) płynów antiseptycznych, jak np. rozczynu sublimatu, kwasu karbolowego, salicylowego, borowego, tymolu, resorcynu, nadmanganezianu potasowego, ałunu, taniny itp. Najwybitniejsze skutki otrzymał Cantani po wlewaniach ½—2-procentowego rozczynu taniny i półprocentowego rozczynu kwasu solnego. W tym celu przepisuje taninę w następujący sposób:

Rp. *Inf. flor. Chamomill.* 2000,0
Acid. tannici 10—20,0.
Gum. arabici 30,0.
Trae opii crocat. 2,0.

Cantani sądzi, że tego rodzaju lawatywy działają nietylko przeciwpasorzytniczo, lecz także orzeźwiająco na organizm z tego względu, że używa się znacznych ilości płynu, bardzo ciepłego (30—40°C.). Wlewania te chronią nadto ustrój od pojawienia się okresu zamartwicowego i są najlepszym środkiem pobudzającym jelita porażone, a nawet serce, zapobiegają zagęszczeniu krwi i pobudzają wydzielanie się moczu. Tanina zakwasza treść jelit i zamienia może ptomainy w połączenia trudniéj wessalne. Kwas solny zakwasza wprawdzie silniéj treść jelit, nie działa jednak szczmiąco. Enteroklyzę trzeba w ogóle dość wcześnie i kilka razy na dzień wykonywać. Aby zapobiedz zagęszczeniu krwi i wyschnięciu tkanin, polecił nadto Cantani hypodermoklyzy, t. j. podskórne wstrzykiwania wielkiéj ilości rozczynu soli kuchennej i węglanu sodowego (*Natri chlorati* 4gr., *Natri carbonici* 3gr. na litr wody destylowanéj). Rozczyn ten ogrzewa się do 39—40°C. i wstrzykuje się za pomocą odpowiedniego przyrządu pod skórę w okolicy zatoki biodrowéj prawéj ze względu, że skóra w tém miejscu jest najpodatniejszą. Przyrząd ten składa się z naczynia dwulitrowego, opatrzonego u spodu rurką kauczukową, 2 metry długą, na któréj wolnym końcu umieszczoną jest kaniula, uzbrojona kurkiem. Kaniulę tę łączy się z boczną rurką troikaru. Naczynie wspomniane napełnia się rozczynem soli i węglanu sodowego, ogrzanym dostatecznie i wstawia się w drugie naczynie większe, napełnione wodą gorącą, a to w celu, aby ciepłotę powyższego rozczynu na żądanéj wysokości utrzymać wśród wstrzykiwania podskórnego. Wypędziwszy powietrze z rurki i troikaru przez wypuszczenie cośkolwiek cieczy, wbija się troikar pod skórę i wysuwa ostrożnie sztylet troikaru, tak, aby się powietrze pod skórę nie dostało. Ciecz pod wpływem ciśnienia zależnego od wysokości, w jakiéj znajduje się zbiornik, wpływa teraz swobodnie pod skórę i tworzy wkrótce guz. Gdyby guz ten był za wielki i silnie napinał skórę, to należy wtedy zamknąć kurek i przez mięsienie przyspieszyć wessanie wstrzykniętéj pod skórę cieczy. Ilość na raz wstrzykniętego rozczynu nie powinna przekraczać 1,500cm.sz., gdy wyschnięcie tkanin nie jest znaczne, wystarczy 800cm.sz., a w okresie tyfoidalnym 500cm.sz., w którymto okresie w razie gorączki ciepłota rozczynu nie powinna przekraczać 37°—38°C. Wstrzykiwania tego rodzaju trzeba powtarzać w ogólności dość często (co 4 godziny), dopóki tętno wybitnie się nie poprawi. Aby wessanie cieczy mogło szybciéj się odbywać, dobrze jest dać choremu przed wstrzyknięciem kąpiel ciepłą (40°C.), do któréj dodano trochę gorczycy. Przy wbijaniu troikaru strzedz się należy przebicia większéj żyły, bo w takim razie przez szybkie dostanie się znaczniejszéj ilości cieczy wprost do krwi nastąpić może porażenie serca.

Według dotychczasowych doświadczeń stanowi hypodermoklyza nieoceniony środek w leczeniu cholery, dość prędko bowiem następuje ogólna poprawa stanu chorych a bardzo wielu chorych zawdzięcza swe ocalenie jedynie temu sposobowi leczenia. Przez wstrzykiwania te dostarcza się krwi zgęstniałéj nietylko potrzebnéj ilości cieczy, ale także alkaliów.

Aby zapobiedz grożącemu upadkowi sił i porażeniu serca zalecane bywają zimne zmywania ciała w gorącéj kąpieli, zawijania w koce, nacierania skóry kawałkami lodu z następowém zawinięciem chorego w ciepłe prześcieradła i środki podniecające: wino, eter, kamfora (0·1 co 1—2 godz.), *coffeinum sulfuricum* (0·1 *pro dosi*), *atropinum sulfuricum* pół miligr. do jednego miligrama *pro dosi*. Przeciw bolesnym kurczom łydek najlepiéj działa podskórne wstrzyknięcie morfinu. Okres odczynowy wymaga tylko dyjetetycznego zachowania się. Natomiast tyfoid choleryczny zmusza lekarza do bardzo energicznego działania w sposób zależny ściśle od rodzaju objawów.

W ostatnim roku odezwały się poszczególne głosy mo-

dyfikujące w niektórych względach sposób leczenia powyżéj skreślony. I tak Béla Angyan nie przypisuje żadnego znaczenia ochronnego kwasowi solnemu a w leczeniu postępuje drogą pośrednią nietylko ze stanowiska etyjologii ale i symptomatologii cholery, chwaląc entero- i hypodermoklyzy. Oser uważa istnienie ptomainów za rzecz nie bardzo prawdopodobną i odnosi ciężkie objawy cholery wprost do transsudacyi cieczy w jelitach. Daléj twierdzi Oser, że płyn wlewany do jelit za pomocą enteroklyzy nie przechodzi przez zastawkę Bauhina i że enteroklyza zawdzięcza tylko swe działanie taninie i makowcowi a nie zdolności lub możności zabijania prątków przecinkowych. Natomiast hypodermoklyza może jego zdaniem działać przeciw zagęszczeniu krwi. Semmola poleca gorąco swą metodę fizyjologiczną leczenia cholery, a Winternitz i Urbaschek (*Über die Verhütung und Behandlung der Cholera asiatica*) uważają hydroterapiję jako jedyny środek, który we wszystkich okresach cholery jest w stanie uczynić zadość wszelkim wskazaniom leczniczym i który pod względem swéj skuteczności ma o wiele przewyższać entero- i hypodermoklyzy Cantaniego. Aby przynajmniéj w części dać poznać sposób leczenia Urbaschka, wspomnę tylko, że autor ten poleca w cholerze zamartwicowéj kąpiele nasiadowe o ciepłocie 8°R., lewatywy z wody lodowéj (6—3°R) i nacierania skóry wodą lodową. Tym sposobem chce autor osiągnąć wstrzymanie rozwoju prątka przecinkowego, zmniejszenie transsudacyi, pobudzenie czynności serca i naczyń, podwyższenie przemiany materyi i wstrzymanie rozkładu treści jelit.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Korczyński i doc. Jaworski: **O wrzodzie okrągłym, raku i krwotokach żołądka ze stanowiska klinicznego.**

Na podstawie 52 przypadków badanych i leczonych w klinice lekarskiéj krakowskiéj podają autorowie swoje spostrzeżenia, nieco odmienne i tém cenniejsze od dotychczasowych, że zasadzają się na dokładném badaniu treści żołądkowéj w rozmaitych okresach choroby, a w szczególności przed krwotokami w żołądku i w czasie krwotoków, czego dotąd nie czyniono. Zakres tego sprawozdania nie pozwala przytoczenia choćby w streszczeniu wielu zajmujących szczegółów, ograniczyć się więc muszę do podania tylko najważniejszych wyników badania, odsyłając ciekawszych do pracy oryginalnéj pomieszczonéj w Nrze 47—49 *Deutsche med. Wochenschrift*, z r. z. Z tych 52 przypadków było 24 chorych z wrzodem i to wszyscy mężczyźni, a 28 chorych z rakiem. Badania robiono na czczo i do czczego żołądka wlewano 100cm.sz. wody i potém ją wyciągano, następnie zaś robiono próby z wodą lodową i stósowano jeszcze metodę z białkiem. Treść wydobytą poddawano chemicznemu i drobnowidowemu badaniu wedle ogólnie przyjętych zasad z małemi poprawkami, których używa szkoła krakowska. Z 24 chorych dotkniętych wrzodem znaczna część, bo 11, było w latach między 40—50, a 8 między 50—65. Wszyscy ci chorzy byli niedokrwni, a 10ciu miało nawet wejrzenie charłacze. Pod względem etyjologicznym nie można było nic szczególnego wybadać. We wszystkich tych przypadkach można było z żołądka na czczo wydobyć mniejszą lub większą ilość treści, która zawierała kw. solny, a poddana próbie sztucznego trawienia okazywała pod tym względem nieraz wysoką zdolność trawienia. Kwasota (oznacza się ile sz.cm. $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego potrzeba do zobojętnienia 100sz.cm. treści kwaśnéj) bywała jednak różną, bo w 11 przypadkach wahała się między 5 a 43, w innych zaś przechodziła nawet 50. Jako rzecz szczególniejszą wymienić należy, że przed krwotokiem w żołądku i bezpośrednio po nim kwasota bywała najwyższa, a treść żołądkowa nawet na czczo zawierała znaczną ilość kw. solnego. U wszystkich chorych mechanizm wydalania był osłabiony, tak np. u 13 chorych pokarmy zostawały w żołądku do następnego rana, u innych zaś krócéj lub dłużéj. Bóle były u wszystkich dość znaczne i występowały nietyle przy ucisku ile dowolnie, w rozmaitym czasie, a zwłaszcza po jedzeniu. Rozmiary żołądka z wyjątkiem 4ch chorych były powiększone, a u 13 chorych zawsze w żołądku znajdowały się resztki pokarmów. Łaknienie utrzymywało się, u niektórych było nawet zwiększone, a wzmożone pragnienie dokuczało 19 chorym. Z wyjątkiem tylko jednego przypadku pojawiały się u tych chorych od czasu do czasu wymioty tak czyste jakoteż i krwawe. Z tych spostrzeżeń wysnuto następujące wnioski: 1) Ponieważ we wrzodzie okrągłym żołądka mamy do czynienia ze zwiększoném wydzielaniem soku żołądkowego, a wysoka kwasota pochodzi od kwasu solnego, to w przypadkach, w których podobny stan znajdziemy, a kwasota przekracza 50, musimy podejrzywać okrągły wrzód żołądka; 2) w przypadkach wrzodu żołądka mechanizm trawienia jest upośledzony, 3) zdolność sztucznego trawienia w wysokim stopniu utrzymana; 4) dolegliwości chorych są raczéj objawami kwaśnego nieżytu żołądka (*Catarrh. ventr. acidus*) a nie wrzodu samego; 5) wszyscy chorzy z wrzodem przedstawiają obraz kwaśnego nieżytu żołądka; 6) wymiociny po krwotoku przedstawiają się jako treść ciemno-brunatna, nieraz atramentowa z zapachem właściwym zpeptonizowanéj krwi. Czerwone ciałka krwi tylko po bardzo świeżych krwotokach można odróżnić, a jako przypuszczenie można wypowiedzieć, że wrzód żołądka krwawiący nie wytworzy się przy soku żołądkowym z brakiem kw. solnego.

Stosownie do tych wyników i leczenie wrzodu jest nieco odmienne. Pierwsze 2 dni po krwotoku należy zalecić choremu bezwzględny spokój, leżenie w łóżku, worek lodowy na okolicę żołądka i tylko w razie silnego pragnienia wolno połykać małe kawałeczki lodu. Przytém nie wolno nic jeść ani pić. Jako lek podaje się choremu 3 razy dziennie po proszku złożonym z 1grm. *Natr. boricum* i 2 *cgm. Extr. opii aquosum* i poleca popić to zimną wodą ze zdroju zwanego *Mühlbrunn*. Jeżeli po 2ch dniach nie było krwotoku, to okładów lodowych nie potrzeba, lecz podaje się tylko powyższe proszki, kapsułki galaretowate z nóżek cielęcych w odstępach 1—2-godzinnych i 2 razy na dzień lewatywy z mięsa i trzustki według przepisu Leubego. Następne 2 dni zostaje toż samo z dodatkiem tylko mleka słodkiego, podawanego łyżkami co 2 godziny. Dopiero z początkiem 2go tygodnia daje się nie solony rosół z galaretką i w odstępach kilkogodzinnych po łyżce lekkiéj czarnéj kawy. Jeżeli przy takiéj strawie nie było bólów, to można dodać jeszcze do rosołu 1—2 jaj. W razie bólów jednak wraca się do poprzednio zalecanéj strawy. Zwykle przez 3 tygodnie podaje się takim chorym pokarmy płynne, niedrażniące, a dopiero potém powoli przechodzi się do zwykłych pokarmów. Tę samą dyjetę, z temiż proszkami i popijaniem wody karlsbadzkiéj poleca się i tym chorym, którzy tylko miewają bóle, a krwotoku nie mieli. W razie rozstrzeni żołądka przepłukuje się go raz na dzień roztworem 2% sody.

Przypadków raka żołądka spostrzegano 28 i treść żołądkową dokładnie badano. W trzech przypadkach napotkano świeży krwotok w żołądku *in flagranti*, a u dwóch chorych badano treść żołądkową bezpośrednio po krwotoku. Z tych było 9 kobiet a 19 mężczyzn, 7 żydów a 21 chrześcijan. Co do wieku było 3ch między 20—30 rokiem, 2ch między 30—40; 6ciu między 40—50; 9ciu między 50—60; wreszcie 8iu między 60—70 rokiem życia. Usadowienie się raka było rozmaite, w przeważnéj jednak większości przypadków, bo w 16, był rak odźwiernika. Prawie wszyscy chorzy wyglądali źle, byli niedokrewni, odżywienie ich było liche. W 21 przypadkach można było wyczuć guz przy ucisku bolesny w okolicy żołądka. W żołądkach z rakiem znajdowano albo mierne ilości niestrawionych pokarmów, albo w tych przypadkach, w których przez aspiracyję nic nie można było wydobyć, metoda z białkiem wykazywała znaczne opóźnienie trawienia. W większości przypadków w treści żołądkowéj brak było kw. solnego, ale nie może to być regułą, ponieważ u osób młodych może się wydzielać kw. solny, pomimo obecności raka, jak to dowodzą 2 przypadki z pomiędzy tych 28, jeden w wieku 24, drugi 28 lat. Próba co do sztucznego trawienia wykazała nadto, że w ogóle zdolność trawienia nawet z dodatkiem kw. solnego jest w wysokim stopniu upośledzoną.

Wydzielanie pepsyny było we wszystkich przypadkach zmniejszone. Ani za pomocą wody lodowéj, ani téż metodą z białkiem nie można było otrzymać soku żołądkowego kwaśnego, zawsze bowiem wydobywano obojętny lub alkaliczny. Z kw. octowym próba na śluz dawała wynik dodatni, a po dodaniu żelasinku potasu występowało wyraźne zmętnienie (białko rozpuszczone). Drobnowidowo można było wykazać ciałka śluzowe, ale nigdy nie były tak widoczne jądra komórkowe, jak to miało miejsce przy wrzodzie okrągłym żołądka. O ile więc przy wrzodzie żołądka jest nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego kwaśnego, o tyle w raku żołądku mamy do czynienia z nieżytem śluzowym żołądka. I podmiotowe uczucia w tych chorobach znacznie się różnią. Wszyscy chorzy z rakiem nie mieli apetytu, na uczucie pełności i ciśnienie w żołądku narzekali wszyscy chorzy, bóle zaś bez przyczyny występowały również u wszystkich, a przy ucisku na okolicę żołądka chorzy również doznawali uczucia bólu. Wymioty były w połowie przypadków, a wymiociny wyglądały czekoladowo z zapachem kwasów tłuszczowych a nie charakterystycznego zapachu zpeptonizowanéj krwi.

Leczenie symptomatyczne polegało na podawaniu wewnętrznie kw. solnego i morfinu przy pożywieniu posilném z dodatkiem kwaśnych potraw. W obec zatrzymywania się pokarmów w żołądku i rozkładu ich polecono *Natr. salicyl.* i *Natr. boricum* 1—2 gramów dziennie, a przy znaczniejszéj rozstrzeni żołądka wypłókiwano tenże od czasu do czasu. W przeważnéj większości przypadków był brak kw. solnego w soku żołądkowym, nie może to jednak być stanowczą regułą, bo z pomiędzy tych 28 przypadków w 2ch znajdował się kw. solny, a dotyczyło to młodych ludzi, u których tylko zapewne część zajęta przez raka kw. solnego nie wydziela.

Autorowie podają wynik badania zmian krwi wprowadzonéj do żołądka. Nie podobna mi streścić wszystkich doświadczeń, które przedsięwzięto w celu przekonania się, jakim zmianom podlega krew w żołądku pod działaniem soku żołądkowego i jakie jeszcze minimalne ilości krwi dają się chemicznie lub drobnowidowo wykryć, bo przechodzi to zakres niniejszego sprawozdania, najważniejsze jednak wyniki podaję w krótkości: Po wlaniu do żołądka krwi z wołu w ilości 5, 10, 20sz.cm. wydobywano treść po 5 minutach i w tych przypadkach, gdzie kwasota była znaczna, samo wejrzenie wydobytéj treści było ciemno-brunatne, fusowate, przy kwasotach zaś mniejszych barwy więcéj ciemno-czerwonéj, przy alkalicznych zaś nawet jasno-czerwonéj. Po godzinie i dwóch można było jeszcze wykryć ślady krwi w żołądku i w ogóle krew o wiele późniéj znika z żołądka niż białko; wprowadziwszy jednak wieczorem 20—50sz.cm. krwi do żołądka nazajutrz zrana nie można było wykryć śladów krwi. Nawet 0,5cm.sz. krwi rozpuszczonéj w 10sz.cm. wody przekroplonéj można było po 2 godzinach wykryć z treści wydobytéj z żołądka. Mniejszych jednak ilości nie można wykazać. Obecność krwi w żołądku wpływa pobudzająco na wydzielanie się kw. solnego w soku żołądkowym i kwasota w godzinę jest najwyższa. Zdolność trawiąca soku żołądkowego po wlaniu 5—20sz.cm. krwi w pierwszym kwadransie jest znacznie upośledzona, zapewne w skutek tego, że przy ścinaniu się krwi i ferment trawiący zostaje porwany, dopiero po kwadransie zdolność trawienia wraca do zwykłego stanu. (*Deut med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 47—49).

Dr. J. Surzycki.

Dr. Bielschovsky: **Salol w ostrym gośccu stawowym.** Środek ten stosował B. w 27 przypadkach ostrego gośćca, podając dziennie po 5 grm. w kapsułkach, a w niektórych razach nawet po 8 grm. dziennie. W późniejszym okresie gośćca można i mniejsze dawki stosować po 2—3 grm. chcąc usunąć pozostałą bolesność w stawach. Z tych 27 przypadków 19 zostało wyleczonych zupełnie, a tylko 2 chorym podawano salicylan sodowy z powodu braku ulgi po salolu. U pozostałych 6 dawano salol, a potém salicylan sodowy, nie uchroniło ich to jednak od przejścia choroby w przewlekłą. Jako średnią ilość wyżytego przez jednego chorego salolu podaje B. 22 grm., choć były przypadki wyleczone i 13 grm. Najwyższa ilość wyżytego salolu wynosiła 44 grm. Przy takiém leczeniu 8 chorych przechodziło recydywę, która jednak trwała krótko przy dalszém używaniu salolu. Komplikacyi ze strony serca B. nie spostrzegał, a dawne wady sercowe znalezione u 3 chorych nie pogorszyły się wśród przebiegu ostrego gośćca stawowego w obec używania salolu. Chorzy znosili go dobrze, zaburzeń ze strony żołądka nie było żadnych. W ogóle B. gorąco poleca salol, który salicylanowi sodowemu wcale nie ustępuje. (*Wien. med. Bl.* 1887, Nr. 9).

Dr. J. Surzycki.

G. Tizzoni i J. Catani podają ciekawy szczegół o zdolności przeniesienia zarazka cholery z matki na płód. Podczas cholery w Bolonii pewna matka dostała silnego napadu cholery, a znajdując się już w okresie reakcyi porodziła przedwczesny płód 5-miesięczny. Sekcyja tego dziecka wykazała między innemi w kiszkach zamiast smółki tylko papkowaty kał barwy różowéj w jelitach cienkich, a zielonawéj w kiszce grubéj. Badanie zaś drobnowidowe wykazało obok mnóstwa bakteryj i prątków rozmaitéj postaci także i prątki podobne do prątków cholerycznych Kocha. Hodowle zaś zrobione z krwi i treści kiszek wykazały prątki właściwe cholerze. Z tego wynika, że zarazek cholery może się za pomocą krwi z matki na płód przenosić i że cholera niekoniecznie ma się tylko w kiszkach umiejscowiać. (*Wien. med. Bl.* 1887 Nr. 9). *Dr. J. Surzycki.*

Okulistyka.

Prof. Adamiuk: **Próby przeszczepiania rogówki.**

Awanturnicze próby niektórych okulistów francuskich przeszczepiania gałek ocznych, przywracania wzroku w oczach dotkniętych całkowitém zbliznowaceniem rogówki za pomocą szklanych pręcików itp. napełniły świat lekarski słusznem niedowierzaniem w wszelkie nowe tego rodzaju przedsięwzięcia. Nie zapominajmy jednak, że rozchodzi się tu o wzrok ludzki, o wrócenie choćby lichego wzroku tym, którzy świata oglądać nie mogą, że więc wszelkie usiłowania tam, gdzie już nie ma nic do stracenia, zasługują na baczną uwagę.

Te też właśnie przypadki obrał Adamiuk za cel swoich doświadczeń, próbując swoich przeszczepień rogówki tam tylko, gdzie z powodu zupełnego zbliznowacenia rogówek o innym zabiegu, np. irydektomii, mowy być nie mogło. Niefortunne próby poprzedników, którzy posługiwali się licznemi kawałkami rogówki w celu przeszczepiania, nasunęły autorowi myśl, że w obec tkanki pozbawionéj naczyń, jak rogówki, któréj zdolność regeneracyjna jest bardzo małą, rezultat niekorzystny, t. j. nieprzyjęcie się lub zamglenie przeszczepionéj rogówki, był nieuniknionym. Postanowił więc transplantować kawałki rogówki w połączeniu z odcinkiem twardówki, aby nie odciąć zupełnie odżywienia w przeszczepionym odcinku rogówki. Płatek twardówki wynosił w doświadczeniach autora 2—4mm. Aby płatek rogówki w raz z twardówką jak najdokładniéj przystósować do otworu, co jest niezbędnym warunkiem udania się zabiegu, uskuteczniał jedno i drugie za pomocą narzędzia, dającego tę samą wielkość płatowi co i otworowi w rogówce zbliznowaciałéj, t. j. trepanu. Materyjał mający być przeszczepionym brał A. z óez szczurów i kur, z powodu małego kalibru swego trepanu. Szczegółów techniki nie dość jasno przez autora uwydatnionéj w opisie oszczędzamy czytelnikom *Przeglądu Lek.*, nadmieniamy tylko, że na płatku twardówki mającym być z kawałkiem rogówki przeszczepionym zostawiał autor płat spojówki, który następnie szwami łączył z brzegami przygotowanego otworu w rogówce bliznią zaćmionéj. Wśród przygotowywania otworu płatek rogówki pozostawał przez 2—3 minut w 1% roztworze NaCl. Wyniki prób przedsięwziętych z materyjałem z óez szczurów wypadły o tyle niepomyślnie, że zagojenie wprawdzie następowało, ale zawsze rogówka przeszczepiona traciła przeźroczystość, co autor przypisuje wypuklaniu się płatka rogówki pod wpływem ucisku śródocznego, skutkiem czego wypuklona część rogówki ulegając łatwo urazom, zamglewała się szybko, a wreszcie niszczała. Usiłował więc A. doświadczeniami wyszukać rogówki więcéj oporne, a jako takie okazały mu się rogówki kur. Pięć w ten sposób przedsięwziętych przeszczepień dało następujący wynik: w 2 przypadkach zropienie óez, w pozostałych trzech wgojenie się z utrzymaniem przeźroczystości przeszczepionéj rogówki jeszcze po 6—8 tygodniach, dalszy przebieg nieznany autorowi z powodu usunięcia się operowanych z pod obserwacyi. Autor zachęca do dalszych prób, wierząc, że na téj drodze niezłe dadzą osiągnąć się wyniki. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*). *Dr. Sroczyński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Obaliński przedstawił 1) chorego z resekcyją kolana według metody Jamesa Israela; w dyskusyi wzięli udział Drowie Trzebicky, Wilkosz i prelegent; 2) chorego, któremu wydobył migdałek mięsakowo zwyrodniały przez resekcyję połykową; w dyskusyi wziął udział doc. Pieniążek. Następnie doc. Grabowski w imieniu komisyi przemysłowéj przedstawił chleb Grahama wypieku Barucha w Podgórzu z wnioskiem polecenia go przez Towarzystwo. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj wzięli udział pp. Wilkosz, Warschauer, Kwaśnicki, Zarewicz i Rydel, na wniosek ostatniego uchwalono sprawę tę zwrócić jeszcze komisyi przemysłowéj. Wreszcie prof. Cybulski dla spóźnionéj pory poprzestał tym razem na przedstawieniu doświadczeń hypnotycznych, wykład zaś sam wygłosi na posiedzeniu przyszłém.

* Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich za r. 1886, które sekretarz Dr. Merunowicz odczytał na Walném Zebraniu w. d. 14 bm., wyszło drukiem (Lwów, 1887, str. 30). Z końcem r. 1886 Towarzystwo liczyło 334 członków czynnych i 19 korespondentów. Fundusz żelazny Towarzystwa, który w r. 1877 wynosił 5,000 zł.a., z końcem r. 1886 doszedł do 32,600 złr., a obecnie skutkiem składki na jubileusz protomedyka, wynoszącéj 6,000 złr, wynosi 38,600 złr. Wzrost ten jest wyłączną zasługą protomedyka, a ponieważ z funduszu tego pobierają zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, jak niemniéj lekarze, którzy popadli w chorobę lub nieszczęście, protomedyk stał się prawdziwym dobrodziejem stanu lekarskiego w Galicyi, a wątpić nie można, że nie zaniecha dalszych usiłowań, aby dzieło swoje doprowadzić do coraz większéj świetności.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lyon.** Dr. Perroud mianowany profesorem kliniki pedyjatrycznéj. — **Insbruk.** Katedra medycyny sądowéj, opróżniona od lat wielu, ma być niebawem obsadzoną; profesorem zostanie zapewne docent Kratter z Gracu. — **Praga.** Prof. Ganghofner mianowany prof. nadzw. pedyjatryi. — **Graz.** Docent wiedeński Jaksch mianowany nadzw. prof. pedyjatryi. — **Wiedeń.** Docent i tytularny prof. Monti mianowany prof. nadzw. chorób dzieci. — **Berlin.** Kustoszem muzeum higijenicznego mianowany asystent prof. Kocha Dr. Fränkel.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł Dr. Karol Edward Miram, b. prof. fizyjologii w 76 roku życia. Urodzony w Mitawie wykładał on jako adjunkt zoologiję i anatomiję porównawczą w Wilnie, od r. 1842 zaś do 1862 fizyjologiję w Kijowie. — W Rostoku umarł docent ginekologii Brummerstadt. — W Czerniowcach umarł w 75 roku życia Dr. Henryk Atlas, radzca sanitarny, zastępca burmistrza i kawaler orderu Franciszka Józefa, lekarz i obywatel powszechnie poważany. Ostatnią cześć oddało zmarłemu całe prawie miasto, począwszy od prezydenta kraju bar. Piny i jenerała komenderującego aż do biednego wyrobnika; porządek utrzymywała kompanija honorowa pułku piechoty.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 16: Dobrzyckiego: Sławuta. Sprawozdanie za r. 1886. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Grundzacha: Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego, Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XIII. Kraków 1887, in 8vo, str. 55. (Odbicie z *Przeglądu Lek.*)

Dr. A. POLLATSCHEK: (w Karlsbadzie): Ueber das Vorkommen des Albuminurie bei Diabetes mellitus. Odbicie z *Zeitschr. f. klin. Medicin* XII, 4), in 8vo, str. 6.

Professor Ferd. R. v. Arlt. Ein Erinnerungsblatt gewidmet von Dr. Hans ADLER, Wien 1887, in 8vo, z fotogr.

Dr. K. RUMSZEWICZ: Mięśnie śródoczne u ptaków (Odbicie z XIII T. Pam. Wydz. matem przyr. Akad. Umiej.) Kraków 1886, in 4 to, str. 30, z 3 tabl. litogr.

Dr. Jan PICEK: Luhačowice, alkalicko-solné, jodové, bromové a železité i klimatické lázně na Moravě. V Přerově, 1887, in 8 vo, str. 37.

Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1886, Lwów, 1887, in 8vo, str 64.

Piśmiennictwo lekarskie

BARTH et ROYER, Traité pratique d'auscultation, suivi d'un précis de percussion. 18. Paris, Asselin et H. Fr. 8.

BARY, A. de, Vorlesungen über Bacterien. 2. Aufl. Mit 20 Fig. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 3.

Dla członków Towarzystwa Lekarzy galicyjskich dołącza się do Nru dzisiejszego: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj tegoż Towarzystwa za r. 1886.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 30 Kwietnia 1887. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych.

Podał

Prof. Dr. Mierzejewski w Petersburgu.

(Według wykładu swego, mianego na tegorocznym Zjeździe psychijatrów w Moskwie).

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

W miarę zwiększenia ilości zakładów zwiększy się potrzeba specyjalistów; dotychczasowe rozsadniki, czyli szkoły, nie wydolają téj potrzebie dostarczenia należytéj liczby fachowych psychijatrów; zachodzi więc konieczność urządzenia w miastach uniwersyteckich klinik chorób umysłowych, gdzieby młodzież mogła osiągnąć fachowe wykształcenie psychiatryczne. Oczywiście budowa i urządzenie klinik dla chorób umysłowych więcéj musi kosztować, aniżeli postawienie zwykłych zakładów dla obłąkanych, ponieważ kliniki te, względnie do swego przeznaczenia, należy bogato zaopatrzyć w kierunku naukowym, w pracownie, gabinety dla badań chemicznych i drobnowidowych, oraz w specyjalne biblijoteki. Jedném słowem zakłady kliniczne należy wyposażyć wszystkiemi pomocniczemi środkami, nietylko dla wzorowego leczenia obłąkanych i opiekowania się nimi, ale i dla wykonywania prac naukowych, przyczyniających się do postępu nauki. Do klinik takich należy przyjmować wszystkie te postacie obłąkania, które budzą interes naukowy, oraz osoby poddawane spostrzeganiu, lub też umieszczane w zakładach w celu uzyskania opinii znawcy w spornych sprawach sądowo-psychijatrycznych. Zakłady kliniczne powinny przyjmować chorych przedstawiających wzory wszystkich chorób umysłowych, a przedewszystkiém przypadki ostre, dające uzasadnioną nadzieję wyzdrowienia; dla tego zakłady podobne należy tak urządzić, ażeby mogły bez ograniczenia wydalać do innych zakładów, niemających zadania naukowego, wszystkich tych obłąkanych, których choroba już przeszła w stan przewłoczny lub też jest stanowczo nieuleczną.

Zakłady ziemstwa mają szczuplejszy zakres działania, gdyż nie mając na celu wyższych zadań nauki, zobowiązują się tylko dać przytułek, pieczę i leczenie obłąkanym, pozostającym na opiece ziemstwa.

Wzór zakładu ziemstwa powinien być następujący: pawilon centralny, urządzony z odpowiedniemi oddziałami, ma posiadać te wszystkie udoskonalenia, których nowoczesna nauka wymaga dla prawidłowego leczenia i zdrowego umieszczenia obłąkanych; oprócz pawilonu centralnego należy urządzić folwark dla zatrudnienia obłąkanych pracą gospodarczą w polu. Zakłady ziemstwa należy urządzać skromniéj aniżeli kliniczne. Przy zakładaniu główną należy zwrócić uwagę na zaprowadzenie dobrego wiejskiego gospodarstwa, i zatrudnieniu chorych w polu, uważając to ostatnie jako potężny środek leczniczy i przynoszący znaczny dochód zakładowi, gdyż dobrze zarządzone prace polowe dają zakładowi znaczny dochód i wpływają na zmniejszenie budżetu.

W wielkich miastach i stolicach należałoby urządzić dwojakie zakłady: pawilon centralny z oddziałem dla pomieszczenia przypadków ostrych i pawilon zamiejski z folwarkami i warsztatami. Oba zakłady powinny zachować związek organiczny między sobą i uregulowany stosunek wymiany chorych przewłocznych, nieuleczalnych, lub też takich, których leczenie wymagać będzie wiejskiego powietrza, polowéj pracy, lub też zatrudnienia w warsztatach. Urządzenie warsztatów w pawilonie zamiastowym wielkich grodów jest wielkiéj doniosłości, gdyż chorzy umieszczani w tych zakładach, rekrutują się właśnie przeważnie z ludności rękodzielniczéj i fabrycznéj, która niechętnie garnie się do pracy rolnéj i ogrodowéj, natomiast ochoczo bierze się do nawykowéj swéj pracy w warsztatach i fabrykach. Nadto zajęcia polne w klimacie północnym są krótkotrwałe, w warsztatach zaś chorzy mogą pracować cały rok. Urządzenie oddziału przyjęcia przy pawilonie centralnym stanowi przedmiot pierwszorzędnego znaczenia. Do takiego oddziału a raczéj bióra przyjęcia zgłaszają się ubodzy, a w przypadkach nagłych i ma-

jętni mieszkańcy miasta. Ścisłe określenie i należyte ocenienie stanu chorobowego po kilkodniowém spostrzeganiu prowadzi do prawidłowego rozdziału chorych, w miarę zaburzeń psychicznych, jużto w zakładzie, jużtéż na folwarkach, jużtéżto wreszcie wypuszczania takich chorych, których choroba szybko przechodzi, a dalsze leczenie można przeprowadzić ambulatoryjnie; wszystko to ułatwia i udoskonala dzieło opieki nad obłąkanymi i zapewnia chorym szybką i właściwą pomoc psychijatryczną. Oprócz powyższych korzyści takie urządzenie zmniejsza wydatki zakładu, gdyż przy téj metodzie można wyróżnić chorych, których należy leczyć ambulatoryjnie, co nieraz odpowiada gorącemu życzeniu krewnych i przyjaciół chorego. W obec tak wybitnego usposobienia mieszkańców wielkich miast do chorób umysłowych i neurastenii, powstają nieraz pod wpływem nagłych i wstrząsających przypadłości życia zaburzenia psychiczne, które ustają w miarę zapominania o tych wypadkach. Uważne spostrzeganie takich przypadków dozwala nieraz już po kilku dniach wywnioskować, że się nie ma do czynienia z pomięszaniem umysłowém i pozostawić takim chorym wszelką swobodę na wolnéj stopie. Wielka zasługa takich rozumnie urządzonych biór przyjęcia polega na tém, że wybawia wiele ofiar nieszczęsnych, popełniających wykroczenia w zachowaniu się lub wpadające w rozpacz, od konieczności zamknięcia ich w zakładzie dla obłąkanych. Często we właściwym czasie okazana pomoc, współudział wyświadczony nieszczęśliwemu przez osoby należące do zarządu Towarzystwa dobroczynnego, łagodzą następstwa strasznéj rozpaczy, zapobiegają samobójstwu lub rozwinięciu się choroby umysłowéj. Ażeby takie bióro przyjęcia spełniało z korzyścią swe wysokie ludzkie zadanie, jest rzeczą niezbędną, ażeby na jego czele stał lekarz-psychijatra, i to nietylko zdolny diagnostyk, ale i człowiek serca, uzdolniony do rozpoznawania dźwięków ludzkiéj niedoli, obdarzony darem łagodzenia ciepłem własnego serca przerażeń nieszczęśliwców, umiejący wyszukać drożyny dla odprowadzenia udręczeń i boleści. Konieczną jest rzeczą, ażeby takie bióro przyjęcia było niezależném od zakładu centralnego, ażeby nie ścieśniało jego działania; bióro powinno mieć obszerną salę ambulatoryjną, i pozostawać w związku z zakładami dobroczynnemi lub towarzystwami opieki nad wyzdrowieńcami z chorób umysłowych.

Zabiegi nad wykonaniem opieki leczenia obłąkanych przypadają ziemstwom i zarządom miejskim pod kontrolą rządu. Chociaż niektóre ziemstwa i magistraty zawezwawszy do pomocy uznanych specyjalistów, wzorowo urządziły dzieło opieki nad obłąkanymi, to jednak przykład nie został naśladowanym przez wszystkie ziemstwa; prócz tego skład zarządu ziemstwa zmienia się często, a ze zmianą osób zmieniają się nieraz w zarządzie zapatrywania na sprawę opiekowania się obłąkanymi i koło pożytecznych, szeroko pomyślanych poczynań ścieśnia się tak, że postępowy rozwój dzieła płacze się lub odsuwa na drugi plan. Nadto nie można dostrzedz, ażeby między zabiegami dążącemi do poprawy bytu obłąkanych, przedsiębranemi przez różne zarządy, zachodziła, jak to wyżéj namieniliśmy, jedność, solidarność i ta ścisła konsekwencyja, która ubezpiecza powodzenie dzieła.

Kontrola rządowa nad zakładami dla obłąkanych jest dosyć ograniczona i polega na przyjęciu lub odrzuceniu tych projektów lekarskich, które dla swego urzeczywistnienia wymagają poparcia rządowego. Oczywiście sprawa kontroli rządowéj nad opieką dla obłąkanych jest nielatwa, wymaga specyjalnych wiadomości; zakres działania kontroli jest tak obszerny, że przy obecnych szczupłych siłach lekarskiéj administracyi nie jest ona w stanie osiągnąć pomyślnych wyników. W obec tych okoliczności, ażeby sprawę opieki nad obłąkanymi utrwalić na pewnym gruncie, a zachodom przedsiębranym do udoskonalenia téj opieki nadać więcéj jedności i trwałości; z drugiéj strony ażeby kontrola państwowa nabrała większego znaczenia i rozszerzyła zakres swego działania, niezbędną jest rzeczą wytworzenie takiéj pośredniéj instytucyi, która stając się łącznikiem między zarządami społecznemi z jednéj, a wyższą lekarską administracyją państwową z drugiéj strony, miałaby wyłączną pieczę nad urzeczywistnieniem nakreślonych wyższych celów. Taką instytucyją mógłby stać się komitet urządzający przy centralnéj lekarskiéj administracyi, do którego składu weszliby biegli lekarze, gospodarze, budowniczy i prawnicy. Zadaniem komitetu powinno być silne popieranie sprawy opieki nad obłąkanymi w całém państwie, przez podawanie rad i wskazówek co do dobrego utrzymania i fachowego leczenia obłąkanych, przeglądanie i poprawianie planów architektonicznych, kosztorysów, budżetów administracyjnych, a również rewizyja statutów, regulaminów obowiązujących oficyjalistów zakładu.

Do zakresu zadania komitetu należą starania o uzyskanie zezwolenia na fundowanie nowych zakładów, tak ziemiańskich, miejskich jak i prywatnych, oraz usuwanie żmudnych formalności z tą sprawą związanych. Jeśli osoby należące do kierownictwa zakładów dla obłąkanych wyrażą swe zdanie, że zachodzi potrzeba nowych prawnych przepisów lub téż zmiana istniejącego statutu, to obowiązkiem komitetu jest roztrząsanie tych spraw, wzięcie na siebie początkowania w obec władz decydujących i piecza nad losem projektu w biórach władzy centralnéj. Wreszcie do praw komitetu należy wybieranie i przedstawianie do zatwierdzenia najwyższéj władzy administracyi lekarskiéj osób, mających zająć stanowisko rządowych inspektorów, tak lekarskich jak i gospodarskich. Sprawozdania inspektorów o postępie sprawy pieczy nad obłąkanymi w okręgu podlegającym ich rewizyi składane być powinny na ręce komitetu, który corocznie ogłasza ogólne sprawozdanie o stanie instytucyi opieki nad obłąkanymi w całém państwie.

Ażeby komitet mógł zadość uczynić tak rozległemu zadaniu i pozyskać powagę w zarządach zakładów i ich administracyi, potrzeba, ażeby w skład jego weszły najlepsze siły naukowe z zakresu psychijatryi, prawodawstwa, budownictwa itd., mające na czele osobę, używającą powszechnéj czci i sympatyi.

Przy tego rodzaju organizacyi komitetowéj sprawa pieczy nad obłąkanymi zyskałaby obok trwałego gruntu, ubezpieczenie prawidłowego postępu i stopniowego, miarowego rozwoju.

II. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

O erytropsyi czyli widzeniu barwném u osób operowanych na zaćmę.

Przez prof. Dra Gałęzowskiego w Paryżu.

Byłoto w roku 1879, a mianowicie 14 czerwca, kiedy w Towarzystwie bijologiczném w Paryżu podałem po raz pierwszy wzmiankę o objawie bardzo ciekawym, który obserwowałem już od kilku lat u osób operowanych na zaćmę. Praca ta wyszła pod tytułem: *Sur la vision rouge des opérés de la cataracte.*

Objawu tego nie można było, mojém zdaniem, wytłumaczyć innėm prawidłem fizyjologicznėm, jak tylko przez erytropsyję, czyli w ten sposób, że oko pozbawione soczewki i części tęczówki spostrzegało swą własną czerwień czyli purpurę siatkówkową *(rouge rétinien, Sehpurpur)*.

To doniesienie wywołało żywą dyskusyję nad tym przedmiotem, w której Pouchet i inni członkowie Towarzystwa wypowiedzieli swe zapatrywania.

W drugiéj pracy, którą ogłosiłem w *Recueil d'Ophthalmologie* w miesiącu wrześniu tego samego roku, podałem kilka spostrzeżeń odnoszących się do tego samego przedmiotu, jak niemniéj ocenę istotnéj przyczyny widzenia barwnego.

Objaw ten, rzeczywiście rzadki, znalazł zupełne potwierdzenie w pracach autorów niemieckich; lecz zdziwiła mnie nie mało ta okoliczność, że autorowie ci nie wspominają wcale o moich pracach i zdają się ignorować, że byłem pierwszym, który opisał i wyjaśnił ten objaw.

I tak Steinheim ogłosił w czasopiśmie Hirschberga (*Centralblatt f. praktische Augenheilkunde* Nr. luty, 1884) „Przyczynek do nauki o erytropsyi,“ a Richard Hilbert (*Über eine eigenth. Ermüdung des nervösen Schaparates u. seine Beziehungen zur Erythropsie. Klin. Monatsblätter*, listopad 1884), mówiąc o swych własnych objawach wzrokowych, które, zdaniem mojém, nie mają nic wspólnego z erytropsyją, wyraża się: „Najczęściéj zauważono erytropsyję po operacyi zaćmy a zwłaszcza w ostatnich czasach opisano szczegółowo pewną liczbę tego rodzaju przypadków dobrze obserwowanych. Pierwsze dwa spostrzeżenia dokładne podał, jak sądzę, Purtscher (*Ein Fall von Erythropsie nach Catarracta traumatica, Centralblatt f. pract. Augenheil.*, 1881) bez żadnych uwag teoretycznych. Następnie pojawiła się praca Hirschlera (*Zum Rothsehen der Aphakischen* w *Wiener medizin. Wochenschrift*, 1883, Nr. 4, 5, 6), który stwierdził widzenie barwne u siebie samego i wytłumaczył je wybroczynami powstałemi skutkiem irydotomii“.

Hirschler był tak grzecznym, że przysłał mi swą pracę, w której jednak wcale mnie nie cytuje.

Teraz, gdy kwestyja pierwszeństwa jest już dostatecznie wyświeconą, sądzę, że korzystną będzie rzeczą odtworzyć w kilku słowach szczegóły tego objawu fizyjologiczno-patologicznego, który nazwałem widzeniem barwném u osób operowanych na zaćmę, a który odniosłem do percepcyi własnéj czerwieni siatkówkowéj czyli do erytropsyi.

Opisawszy pięć spostrzeżeń, poczynionych na moich operowanych na zaćmę, dodałem następującą uwagę:

Objaw ten badałem z największą skwapliwością i starannością, usuwając wszystko, coby mogło dać powód do zatrucia beladonną lub atropinem; i tak ani nawet kilku z moich chorych nie używało atropinu ani żadnych przetworów narkotycznych wśród całego leczenia zaćmy.

Pewna liczba moich operowanych żaliła się, że widzi stale przed swemi oczyma wszystkie przedmioty zabarwione krwawo-czerwono, co im utrudniało widzenie. Chorzy zmuszeni byli zamknąć oczy i w ten sposób pozwolić im wypocząć przez kilka minut, a wtedy znikała barwa czerwona. Niektórzy z chorych, wstawszy zrana i spojrzawszy przez okno, widzieli wszystko w barwie czerwonéj, a nadto pewien rodzaj światła czerwonego zasłaniał im przedmioty. W jasny dzień znikała barwa czerwona, lecz wśród słabego oświetlenia objaw powyższy znów występował. Przedmioty czerwone przedstawiały się chorym w barwie kasztanowatéj, przedmioty zaś białe posiadały blask czerwony. Po jedzeniu barwa czerwona była znacznie żywszą i jaśniejszą. Przy użyciu szkieł wypukłych odpowiednich dla osób pozbawionych soczewki barwa czerwona zmieniała się czasem w barwę fijołkową. Niektórzy chorzy mogli zauważyć, że barwa czerwona znikała w miarę tego, im dłużéj wpatrywali się w pewien przedmiot.

Od czasu, jak ogłosiłem te fakty, zmieniłem sposób operowania zaćmy i nie wycinam już wcale tęczówki, chyba tylko w przypadkach zupełnie wyjątkowych; otóż muszę nadmienić, że od tego czasu nie napotykam nigdy osób, któreby się żaliły na erytropsyję po operacyi zaćmy. Okoliczność tę należy prawdopodobnie wytłumaczyć przez utrzymanie okrągłego i małego kształtu źrenicy, kształtu, który powstrzymuje promienie obwodowe i dozwala przejść tylko promieniom środkowym do plamki żółtéj, gdzie nie ma wcale czerwieni siatkówkowéj.

Moje nowe spostrzeżenia odnoszą się do innego objawu nie mniéj ciekawego, a mianowicie do widzenia niebieskiego, białego lub żółtego, co obserwowałem u mych operowanych na zaćmę bez wycięcia tęczówki.

Jestto faktem powszechnie znanym, że chorzy bezpośrednio po operacyi zaćmy widzą wszystko w barwie niebieskiéj, a barwa ta jest tak wybitną, że chorych olśniewa i nie dozwala im nic odróżnić. Widzenie to niebieskie utrzymuje się u niektórych chorych przez kilka dni po operacyi a nawet i dłużéj.

Od czego zawisł ten objaw i czy istnieje jaki związek między widzeniem czerwoném a widzeniem niebieskiém?

Zdaniem mojém, nie można wątpić, że widzenie niebieskie lub białe jest téj saméj przyrody, co i widzenie czerwone i że oko, do którego przez długi czas światło nie dochodziło z powodu zaćmy, miało swą czerwień siatkówkową znieczuloną: światło zaś dzienne skoro tylko przeszło źrenicę i soczewkę, pochłania czerwień siatkówkową i dozwala tylko światłu niebieskiemu przejść aż do siatkówki, która odczuwa najlepiéj światło niebieskie nawet wtedy, gdy nerw wzrokowy jest chory.

Dość często żalili się chorzy po operacyi zaćmy, że widzą wszystkie przedmioty w świetle bardzo rażącém i połączoném z nader wyraźnym odcieniem barwy białéj; wszystko okazywało im się być białém, tak jak gdyby było śniegiem pokryte. Inni przeciwnie widzieli wszystko w barwie żółtéj; lecz w téj mierze, o ile barwa ta jest mniéj rażącą, mniéj się żalili. Operowałem miesiąc temu osobę 84-letnią na zaćmę bez irydektomii; osoba ta odzyskała bystrość wzroku prawidłową, lecz żali się, że chwilami widzi wszystkie przedmioty w barwie żółtéj lub blado-żółtéj.

Odcienie barwy niebieskiéj, czerwonéj, białéj lub żółtéj stanowią zakres widzenia barwnego mniéj lub więcéj wybitnego, jakie zauważa pewna liczba operowanych na zaćmę.

W jaki sposób można wytłumaczyć to barwne widzenie u osób operowanych na zaćmę? To jest pytanie, które sobie zadałem, a którego rozwiązanie przedstawia wiele trudności, tak że dziś zadowolić się musimy jedynie tylko hipotezą.

Bezsprzecznie nie możemy przypuścić obecności żadnych zmian chorobowych w głębi oka, gdyż badanie najstaranniejsze dawało mi zawsze wynik ujemny.

Pouchet, gdy pierwszą wzmiankę podałem w Towarzystwie bijologiczném, wypowiedział zdanie, że przyczyny tego objawu należy szukać prawdopodobnie w stanie przekrwienia mózgu lub głębi oka, a to tém więcéj, jeżeli się

uwzględni, że widzenie barwne pojawia się przedewszystkiém po przebudzeniu się lub po jedzeniu, a więc wtedy, kiedy mózg znajduje się w stanie najwybitniejszego przekrwienia.

Lecz można bardzo łatwo się przekonać, że przypuszczenie to nie jest uzasadnionem, gdyż w ogóle u chorych nie ma nigdy najmniejszego objawu mózgowego.

W obec tych trudności w wytłumaczeniu objawu obserwowanego u operowanych na zaćmę, zadałem sobie pytanie, czy nie istnieje jakiś związek pomiędzy widzeniem czerwoném a czerwienią siatkówkową, którą zauważyli Leydig (1857) i Maks. Schultze u zwierząt zimnokrwistych i na którą ponownie zwrócił uwagę fizyjologów Fr. Boll w szeregu ogłoszeń przedłożonych Akademii umiejętności w Berlinie (1876—1877).

Boll niewątpliwie wykazał, że czerwień siatkówkowa stanowi właściwe zabarwienie siatkówki u większéj części zwierząt i że posiada własność „zmniejszania i zużywania się podczas życia pod wpływem światła, podczas gdy odtwarza się i zwiększa w ciemności" (Boll, *Berichte der Akademie zu Berlin*, 12 listop. 1876).

Według badań Bolla i Kühnego *(Ber. d. naturhistor. med. Vereins zu Heidelberg* 5 styczeń 1877 i *Über das Vorkommen des Sehpurpurs*, ibid. 14 kwietnia 1877), zabarwienie to pochodzi od materyi barwikowéj, nazwanéj erytropsyną. Boll mógł zamienić czerwień siatkówkową za pomocą kwasu octowego w barwę złoto-żółtą. Ewald i Kühne *(Centralblatt*, 1877) otrzymali w roztczynie czerwień siatkówkową robiąc wyciąg z siatkówek żabich za pomocą wyskoku oczyszczonego z eteru. W tych roztczynach odbarwionych pod wpływem światła odtwarza się czerwień siatkówkowa w ciemności przybierając barwę żółtą, bladożółtą a wreszcie różową, a więc zupełnie podobnie jak w siatkówce żaby. Fakt ten bardzo ciekawy i ważny był wynikiem badań prof. Kühnego.

Najlepszym atoli środkiem rozpuszczającym czerwień siatkówkową jest według powyższego fizyjologa żółć lub sole żółciowe. Roztczyn przesączony posiada barwę pięknie czerwoną. Roztczyn ten pochłania prawie całe widmo począwszy od żółto zielonéj barwy aż do fijołkowéj; a co najwyżéj przepuszcza cośkolwiek barwy fijołkowéj.

Szczegóły, które przytaczam poniżéj, wyjmuję z wyciągu prac Kühnego, dokonanego przez Poucheta *(Analyse des travaux étrangers; Journal de l'Anatomie et de la physiologie.* Paryż, 1877, str. 315). Są one niemniéj interesujące i z tego względu chcę na nie zwrócić uwagę czytelników.

Siatkówka, wystawiona na działanie widma (pryzmatu flintglasowego) zmienia swą barwę czerwoną w 15stu minutach na barwę żółto-zielonawą aż do zielonéj. Blednie o wiele wolniéj w świetle zielono-niebieskawém, w niebieskiém i fijołkowém. Odbarwienie siatkówki zupełne następuje w świetle zielonéni i w świetle zielono-niebieskawém, natomiast w świetle żółtém i pomarańczowém następuje tylko ślad odbarwienia siatkówki a w świetle czerwoném siatkówka nie odbarwia się wcale.

Purpura siatkówkowa przechowuje się dobrze w roztczynie ałunu (5 na 100) i w roztczynie chlorku sodu ($^1/_2$ na 100).

Za pomocą tych płynów Kühne mógł otrzymać i ustalić obrazy siatkówkowe, zwane optogramami.

Wszystkie te szczegóły są godne poznania. Dowodzą one, że czerwień siatkówkowa jest barwikiem, który może być wyciągniętym i który posiada własność znikania pod wpływem światła, a odtwarzania się w ciemności. W widmie purpura siatkówkowa blednie i znika.

Czy soczewka nie odgrywa w oku roli pryzmatu albo też każdéj innéj materyi, pochłaniającéj purpurę siatkówkową?

Czy usunięcie soczewki nie czyni purpury siatkówkowéj więcéj pobudliwą i wrażliwą na światło dzienne i czy nie daje powodu do widzenia barwnego u osób operowanych na zaćmę lub przynajmniéj u pewnéj części operowanych?

Czy widzenie barwne u operowanych nie jest, krótko mówiąc, wynikiem percepcyi czerwieni siatkówkowéj przez samą siatkówkę? Jestto przypuszczenie, które wypowiadam, przekonywając się coraz więcéj, że nie ma innego możliwego wytłumaczenia tego objawu. Z tego też również powodu należy zatrzymać nazwę „erytropsyi", którą podałem w méj pierwszéj pracy. *(Archives Slaves de Biologie*, 1886).

Dr. Prus.

Chirurgija.

Tuttle (N. York): **Równoczesne złamanie i dyslokacyja mostka przez uraz pośredni.**

Mężczyzna zanurzywszy się pod wodę uderzyć miał głową o piaszczyste dno morskie, a przy badaniu skonstatowano dyslokacyję rękojeści ponad wyrostek mieczykowy mostka i złamanie ostatniego na cal poniżéj. Uniknięto zniekształtnienia mostka ułożywszy chorego na grzbiecie podkładając przytém pod ramiona poduszkę, a układając głowę i miednicę na niższéj płaszczyźnie. Chory wyzdrowiał w przeciągu 4 tygodni z nieznacznem zniekształceniem. Chory twierdził wprawdzie, że uderzył głową, autor jednak jest przekonany, że chory się myli, że prawdopodobnie uderzył wyprostowanemi rękami i że siła przeniosła się przez wyprostowane odnogi górne i pierwsze żebra na mostek. *(Annals of Surgery* 1887 *February).* *Dr. Barącz.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 9 marca 1887 r.

Przewodniczący kol. Wiceprezes Kopernicki. Członków obecnych 34. Goście: Drowie Łucki z Oświęcimia i Szymański z Krakowa.

1. Przewodniczący zagaił posiedzenie złożeniem hołdu pamięci zmarłego prof. Arlta, wzywając zebranych do uczczenia przez powstanie z miejsc zgasłego członka honorowego naszego Towarzystwa.

2. Przewodniczący oznajmił o nadeszłém na jego ręce podziękowaniu od Tow. lekarzy czeskich w Pradze za życzenia przesłane w dniu jubileuszu.

3. Oceniając zasługi kol. Blumenstoka, jako redaktora Przeglądu Lek., uchwalono jednogłośnie mianować go członkiem honorowym Tow. z tém wyszczególnieniem, aby wszelkie prawa członka czynnego były mu zostawione.

4. Zatwierdzono skład komisyi z 14 członków złożonéj celem wyboru nowego prezesa, zobowiązując ją do poczynienia wniosków na następném posiedzeniu Tow.

5. Przewodniczący zaznajomił Tow. ze szczegółami obchodu jubileuszowego Przeglądu Lek. według programu ułożonego w komitecie Tow. a jednogłośnie przyjętego.

6. Kol. Adamkiewicz przedstawił młodego lekarza, u którego ciężką neuralgiję n. nadoczodołowego usunął w trzech posiedzeniach za pomocą swéj metody kataforezy.

W dyskusyi wzięli udział koll. Gluziński i Pieniążek.

7. Kol. Łucki z Oświęcimia opisał i objaśnił odnośnym preparatem rzadki przypadek przetoki pępkowéj u małego dziecka, które operowane w tutejszéj klinice chirurgicznéj wkrótce zmarło.

W dyskusyi zabierał głos kol. Jakubowski.

8. Kol. Jaworski okazał nowy przyrząd Dra Czyrniańskiego z Wiednia, służący do wydobywania treści żołądka. Przyrząd ten demonstrowany doraźnie na choréj klinicznéj wykazał swe zalety przy bardzo prostéj budowie.

Prelegent przy sposobności omówił szerzéj i porównał ze sobą badania treści żołądkowéj rozma temi metodami, oceniając zarazem krytykę prac w tym kierunku dokonanych przez siebie wspólnie z kol. Gluzińskim a pomieszczoną ostatniemi czasy w niektórych pismach lek. niemieckich.

9. Kol. Jaworski przedłożył kefir wyrabiany w Krakowie przez p. aptekarza Sobierajskiego w różnych odmianach, jako jedno- i dwudniowy, żelazisty i w połączeniu z koniakiem. Napój ten wyrabiany z wyborowego, bo pod kontrolą Tow. lek. zostającego mleka (z Grodkowic), będzie przygotowywany na zlecenie lekarzy w żądanéj postaci. W dyskusyi przemawiał kol. Ściborowski.

10. Kol. Korczyński przedstawił kołaczyki czekoladowe z nitrogliceryną, wyrobu p. aptekarza Mutniańskiego w Warszawie, z których każdy zawiera po $^1/_{1000}$ grama leku. Przetwór ten podany w ozdobnéj formie a skutkujący pewnie, jak to wykazały próby przedsiębrane w tutejszéj klinice lekarskiéj, zasługuje na zupełne uznanie. To też mowca wniósł imieniem Komisyi przemysłowéj, aby Tow. lek. oba te wytwory, t. j. kefir i kołaczyki, do najszerszego, jako godne poparcia, zalecił użytku.

Dr. Dobruchowski.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV z dnia 15 marca 1887.

Obecni: Przewodniczący kol. Korczyński. Członków 8.

I. Przewodniczący zawiadamia: *a*) że p. Sobierajskiemu wystawiono poświadczenie o dobroci kefiru jego wyrobu; *b*) że Komitet wystawy kraj. do Komisyi urządzającéj grupę 26tą przeznaczył jeszcze p. Stokmara w myśl życzenia Kom. przemysłowéj.

II. W sprawie dyplomów uznania i listów pochwalnych, któreby Tow. lek. krak. w myśl wniosku Komisyi przemysłowéj przeznaczyć miało dla wystawców grupy 26téj Wystawy krajowéj, a które Komitet Wystawy w piśmie z d. 7 marca b. r. uważa jako rzecz pożądaną, uchwalono objawić Zarządowi Tow. lek., że Kom. przemysłowa zgadza się w zupełności ze zdaniem Komitetu Wystawy co do znaczenia i sposobu rozdawania tych nagród.

III. Zastanawiano się nad przejęciem czynności Komisyi balneologicznéj, gdyby zorganizowanie téjże było niemożebném.

IV. Wniosek p. Sławińskiego, producenta nasion pastewnych w Kleczy, ażeby dążyć przedewszystkiém do założenia dwu, a względnie trzech stacyj doświadczalnych hodowli roślin lekarskich, po dyskusyi dla wniosku tego bardzo przychylnéj, odstąpiono podkomisyi zajmującéj się podniesieniem uprawy roślin lekarskich.

V. Zastanawiano się nad uzupełnieniem składu Komisyi przemysłowéj.

Doc. Dr. Gluziński
Sekretarz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XI w dniu 9 marca 1887.

Przewodniczący kol. Korczyński. Członków obecnych 20.

I. Przewodniczący zdaje sprawę z czynności dokonanych w r. 1886 i ze stanu Wydawnictwa: Liczba członków i prenumeratorów z 201 podniosła się do 216, albowiem przybyło 2ch członków i 17 prenumeratorów, nie licząc ubytku 3ch członków i 1 prenumeratora. Wydano dwa dzieła: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich przez prof. Dra Obalińskiego i Higijenę szkolną Dra Żulińskiego, wydania któréj podjął się doc. Dr. Grabowski. Obydwa dzieła zostały pochlebnie ocenione. Wydział Wydawnictwa rozesłał obydwa dzieła jako premijum za r. 1884. Wydział Wydawnictwa przyjął od doc. Dra Pieniążka resztę niesprzedanych egzemplarzy dzieła p. t.: „Choroby krtani i tchawicy“ i przeznaczył dzieło to wraz z „Uzupełnieniem“ napisaném przez tego samego autora jako premijum za r. 1885. Reszta egzemplarzy sprzedawaną będzie na dochód autora po zniżonéj cenie 4 złr. za egzemplarz. Cena „Uzupełnienia“ wynosi 50 ct. w. a. Kilka dzieł oryginalnych przygotowuje się do druku. Dr. Dobieszewski zgłosił się z propozycyją wydania przekładu Higijeny żywienia Dujardin-Beaumetza, a Wydawnictwo dzieł lekarskich nakładem Gazety Lekarskiéj w Warszawie z propozycyją zakupienia po zniżonéj cenie 200 egz. przekładu: Terapii ogólnéj Hoffmanna. Rokowania co do obudwu dzieł są obecnie w toku. Rozsprzedaż dzieł dotychczas wydanych stopniowo coraz bardziéj się zwiększa. Z pedyjatryi Steinera pozostało zaledwie kilka, a z hydroterapii Smoleńskiego zaledwie kilkadziesiąt egzemplarzy nierozsprzedanych. W zamiarze popierania przemysłu krajowego Wydział Wydawnictwa postanowił zaopatrywać się nadal w papier z fabryki Fiałkowskiego w Biały.

Rachunki Wydawnictwa z r. 1885 sprawdzone zostały przez Komisyję kontrolującą i za rzetelne uznane.

II. Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni oddali przez powstanie cześć zmarłym członkom: Dr. H. Przezdzieckiemu i Dr. J. Gońce.

III. Do komisyi kontrolującéj rachunki z r. 1886 wybrano Drów Buszka i Ściborowskiego.

IV. Na wniosek Wydziału uchwalono zwinąć fundusze poszczególnych dzieł i przelać na ogólny fundusz zakładowy z wyjątkiem tylko funduszu Higijeny szkolnéj, który w myśl zawartéj umowy musi być osobno administrowany. Uchwała ta nie znosi obowiązku wykazywania corocznie zwrotu nakładów poszczególnych dzieł.

V. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Dra Kwaśnickiego, z którego okazuje się, że z ogólnéj liczby 5.000 egzemplarzy dzieł własnym nakładem wydanych pozostaje jeszcze nierozsprzedanych 1736 egzemplarzy i że ze sumy 3736 złr. 37 ct. wydanéj na własne nakłady zwróciło się dotąd 2514 złr. 59 ct., nie licząc w to bezpłatnych premij przesłanych członkom.

VI. Na wniosek przewodniczącego wyrażono przez powstanie podziękowanie prof. Dr. Obalińskiemu za bezinteresowne odstąpienie Wydawnictwu dzieła o chorobach dróg moczowych a doc. Dr. Grabowskiemu za bezinteresowne przyprowadzenie do skutku wydania Higijeny szkolnéj śp. Żulińskiego.

VII. Na następne dwulecie wybrano prezesem prof. Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Oettingera; członkami Wydziału: pp. Blumenstoka, Dobruchowskiego, Grabowskiego, Kwaśnickiego i Pieniążka; zastępcami członków: pp. Buszka, Gluzińskiego, Jaworskiego, Obalińskiego, Paszkowskiego, Surzyckiego i Wiszniewskiego.

VIII. Na wniosek Wydziału uchwalono zmniejszyć zakres czynności podskarbiego i sekretarza, a natomiast rozszerzyć czynności administratora, do którego należeć będzie prowadzenie ewidencyi członków i prenumeratorów i rozesłanych premij, korespondencyja z członkami, administracyja własnych nakładów, zbieranie prenumeraty, ściąganie zaległości i załatwianie bieżących rachunków. Administratorem mianowano Dra Dobruchowskiego.

IX. Podskarbi doc. Dr. Grabowski złożył Sprawozdanie kasowe, z którego okazuje się, że dochód Wydawnictwa w r. 1886 wynosił 1131 złr. 49 ct., a mianowicie: składki wstępne 20 złr., składki roczne 635 złr. 53 ct., dary członków 25 złr., odsetki funduszu głównego 151 złr. 37 ct., odsetki poszczególnych funduszów 120 złr. 51 ct., dochód ze sprzedaży dzieł 179 złr. 8 ct. — Rozchód wynosił 659 złr. 91 ct. a mianowicie: druk i broszurowanie dzieł Obalińskiego i Żulińskiego 528 złr. 27 ct., rozsełka dzieł 25 złr. 98 ct., zakupno papieru 96 złr. 9 ct., wydatki administracyjne i portoryja 9 złr. 57 ct. Nadwyżka wynosi więc 471 złr. 58 ct. Majątek Wydawnictwa w dniu 1 stycznia 1887 r. składa się *a*) z gotówki w kwocie 5693 złr. 99 ct., *b*) z zapasu papieru wartości 21 złr. 10 ct., *c*) z nakładów nierozsprzedanych, *d*) z zaległych składek w kwocie 426 złr. 60 ct.

X. Na wniosek prof. Obalińskiego podziękowano Przewodniczącemu za jego zachody i trudy około rozwoju Wydawnictwa.

Sekretarz *Dr. Dobruchowski.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Organizacyja służby zdrowia w gminach.

Wiadomo, że państwowéj ustawie sanitarnéj z r. 1870 uczyniono zarzut słuszny, iż rozpoczęła budowę od góry, nie położywszy fundamentów należytych, pozostawiwszy ustawodawstwu krajowemu uporządkowanie służby zdrowia w gminach. § 5ty bowiem ustawy z d. 30 kwietnia 1870 r. względem organizacyi publicznéj służby zdrowia (Dz. ust. p. Nr. 68) opiewa: „Zastrzega się prawodawstwu krajowemu oznaczenie, w jaki sposób każda gmina dla siebie lub wspólnie z innemi gminami zaprowadzić ma urządzenia potrzebne do wykonywania policyi zdrowia a zastósowane do położenia i rozległości obszaru, jakotéż do liczby i zatrudnienia mieszkańców“. W przeciągu lat 17, które minęły od ogłoszenia ustawy sanitarnéj, zaledwie kilka krajów koronnych mniejszych, jak Dalmacyja, Karyntyja, Istryja, Tyrol i Vorarlberg, a w ostatnich czasach dopiero Morawa, zdobyły się na organizacyję służby zdrowia w gminach, podczas gdy reszta krajów, a pomiędzy niemi i Galicyja, nawet przedwstępnych kroków w téj mierze nie poczyniły. Wprawdzie już w r. 1874 wniósł rząd w Sejmie galicyjskim projekt ustanowienia w kraju lekarzy gminnych i miejscowych rad zdrowia, według któregoto projektu gminy, mające własny statut lub liczące przynajmniéj 6,000 mieszkańców, byłyby obowiązane mieć jednego lub więcéj lekarzy gminnych, każda zaś inna gmina utrzymywać lekarza, albo sama, albo wspólnie z kilku innemi gminami; projekt ten atoli nie został załatwiony i tak sprawa cała poszła u nas w zapomnienie. Odkąd zaś organizacyja sanitarna gminna, przeprowadzona w kilku krajach koronnych, wydać miała błogie owoce, Ministerstwo spraw wewnętrznych, jako najwyższa władza sanitarna państwowa, postanowiło dążyć usilnie do tego, aby stało się zadosyć ustawie ogólnéj z r. 1870 i w innych krajach koronnych, a według dzienników politycznych spodziewać się należy przedłożenia odnośnego projektu rządowego już na najbliższéj sesyi sejmów krajowych, a tém samém i naszego. Tym sposobem sprawa ta arcyważna stanie niezadługo na porządku dziennym i dla tego warto ją już teraz przypomnieć celem wywołania nad nią dyskusyi ze strony kolegów kompetentnych, których niniejszém o zabieranie głosu upraszamy.

Ze swéj strony nateraz kilka tylko podajemy uwag:

Nie podpada żadnéj wątpliwości, że instytucyja lekarzy gminnych jest podwaliną ogólnéj ustawy sanitarnéj, która pozbawiona téj podstawy nigdy nie będzie wydawać tych owoców, których słusznie po niéj się spodziewano. Należy atoli przyznać, że trudności w przeprowadzeniu téj instytucyi są ogromne, prawie usunąć się niedające. Dla tego też poczytano byłemu referentowi spraw lekarskich na Morawie Drowi Kusemu za ogromną zasługę, że instytucyję tę w kraju koronnym większym przeprowadził, i zapewne z tego powodu przeniesiony został do Wiednia do Ministerstwa spraw wewnętrznych, a widziano w nim nawet przyszłego referenta spraw lekarskich dla całéj Przedlitawii. Z wiarogodnego źródła dowiedzieliśmy się atoli, że i na Morawie rzecz nie przedstawia się wcale tak świetnie, jak głoszono: oto organizacyja przeprowadzona, ale lekarze wcale nie kuszą się o posady gminne i dla tego wiele miejsc jest nieobsadzonych. Nastąpiło więc to, czego z góry obawiać się należało.

Rzeczywiste bowiem przeprowadzenie służby zdrowia w gminach zależy od dwóch niezbędnych warunków: 1) od istnienia gminy zbiorowéj w całém słowa znaczeniu, lub co najmniéj pod względem sanitarnym i 2) od gotowości lekarzy służenia gminom.

Co do 1go: Najlepszą rękojmią prosperowania służby zdrowia w gminach byłoby istnienie gmin zbiorowych w znaczeniu ogólném; kilka bowiem gmin połączonych pod każdym względem w jednę rozporządzałoby większemi funduszami, pozostawałoby pod kierunkiem naczelnika światlejszego, któryby nie był zmuszony polegać na pisarzu-przybłędzie, który, jako jedyny „piśmienny“ rządzi gminą i jéj naczelnikiem i stanowisko swoje najczęściéj wyzyskuje dla siebie. Taka gmina mogłaby zdobyć się na wystawienie mieszkania dla lekarza oraz może skromnego szpitalika; taka gmina dałaby lekarzowi rękojmię, że skromne jego wynagrodzenie będzie należycie i punktualnie wypłacane.

Co do 2go: Ile razy jest mowa o zaprowadzeniu instytucyi lekarzy gminnych, spotykamy się z zarzutem, że za mało na to mamy lekarzy. Zapewne, gdyby każda gmina miała mieć swego lekarza, nie starczyłoby nigdzie lekarzy; inaczéj ma się rzecz, jeżeli, jak inaczéj być nie może, kilka gmin ma mieć wspólnego lekarza. Jeżeli zważymy, że w roku przeszłym w Uniw. Jagiell. promowanych zostało 53 lekarzy, że z innych uniwersytetów austryjackich wyszło co najmniéj choćby 20 lekarzy Polaków, to przeciwnie pytać się godzi, gdzie 70 lekarzy, którzy w jednym roku uzyskali dyplomy, mają znaleźć dla siebie pomieszczenie. To też widzimy u młodych lekarzy naszych rok rocznie wielkie zakłopotanie, co mają ze sobą począć: część ich przyjmuje służbę wojskową, inna osiedla się w kraju w miastach i miasteczkach, inna szuka zajęcia w innych krajach koronnych, jak na Śląsku i Morawie, oraz w krajach nowo zajętych, inna wreszcie wydala się za morze, szukając chleba aż w Azyi u Holendrów. Ale mocno jesteśmy przekonani, że żaden z nich nie przyjąłby posady lekarza gminnego w warunkach, jakie istnieją w kraju naszym. Płaca bowiem lekarza gminnego musi być skromną, a znaczniejszych dochodów pobocznych spodziewać się nie może, z powodu biedy ludu naszego i zupełnego braku przeświadczenia o potrzebie pomocy lekarskiéj. Stałoby się więc tak, jak się dzieje gdzieindziéj; lekarz przyciśniony chwilową potrzebą, przyjmuje posadę gminną i porzuca ją przy pierwszéj sposobności. Łatwiejsza byłaby sprawa, gdyby istniały jeszcze szkoły chirurgów i zdaje się, że z tego powodu posłowie tyrolscy żądają przywrócenia tych szkół, wskazując brak pomocy lekarskiéj w gminach wiejskich, zwłaszcza górskich. Na przywrócenie tych zakładów z powodów zasadniczych zgodzić się obecnie nie można, trzeba więc pomyśleć o tém, aby w inny sposób umożebnić przeprowadzenie tak ważnéj instytucyi. Rzecz naturalna, że jak nateraz wypadałoby ją przeprowadzić wbrew gminom, które jeszcze nie znają się na ich znaczeniu i sprzeciwiają się wszystkiemu, co połączone jest z kosztem.

O ile znamy stosunki lekarskie w kraju naszym, wtedy tylko mogłaby być mowa o przyjmowaniu posad gminnych przez doktorów w. nauk lek., gdyby stało się zadosyć następującym wymogom skromnym: 1) Łączenie się kilku przynajmniéj gmin w jednę gminę sanitarną z urządzeniem dla lekarza mieszkania odpowiedniego; 2) wyznaczenie mu wynagrodzenia niezbyt szczupłego, wypłacać się mającego przez Wydział krajowy, tak aby lekarz nie był narażony na potrzebę dochodzenia swych pretensyj u poszczególnych gmin; 3) postawienie go na równi z innymi urzędnikami co do emerytury, przez co daną byłaby dlań zachęta do wytrwania na swojém stanowisku; 4) dodanie mu apteczki podręcznéj

oraz choćby prymytywnego szpitala w siedzibie jego; 5) zabezpieczenie skromnéj pensyi rodzinie na przypadek śmierci jego z choroby zakaźnéj śród pełnienia obowiązków.

Zapewne, że urzeczywistnienie tych wymagań byłoby połączone ze znacznym kosztem i ciężarem dla gmin, ale tylko tym sposobem mogłyby mieć zapewnioną pomoc skuteczną lekarza. Wszystkie inne środki będą połowiczemi i jako takie płonnemi. Jeżeli kraju nie stać na te ofiary, to nie może żądać także od jednostek ofiar i poświęcenia bez granic.

L. B.

Kolonija letnia dla dzieci zołzowych.

W każdym szpitalu dla dzieci prawie jednę trzecią część chorych dostarcza zastęp dzieci zołzowych, które istotną pomoc lekarską tamże znajdują natenczas, gdy zachodzi potrzeba leczenia miejscowego chirurgicznego, jakoto: leczenia wrzodów zatokowych, łyżeczkowania ognisk serowatych lub zropiałych tkanin, usuwania martwych odszczepów kości, resekcyj tychże i t. p. Leczenie atoli wewnętrzne charlactwa zołzowego w szpitalu jest nieodpowiednie, gdyż zwykle nie przynosi pożądanego skutku. Podawanie tranu rybiego lub przetworów jodowych w porze zimowéj, wód słono-jodowych i takichże kąpieli sztucznie przyrządzonych w porze letniéj nietylko wymaga dłuższego czasu, sprowadzając za sobą znaczniejsze wydatki, ale co ważniejsza, wyniki leczenia bywają niezbyt korzystne, gdyż chory pozostając przez kilka miesięcy w szpitalu, pozbawiony jest głównych czynników pomocniczych, przy leczeniu zołzów niezbędnie potrzebnych, to jest odpowiedniego ruchu i orzeźwiającego świeżego powietrza. Na powyższe niedogodności już wielokrotnie zwracali uwagę lekarze kierujący szpitalami dzieci, wykazując potrzebę urządzania w porze letniéj filij szpitalnych dla dzieci zołzowych, bądźto na wybrzeżach morskich (*Seehospize*) bądźteż przy zdrojach słono-jodowych. W ostatnim dziesiątku lat powstała mnoga liczba tego rodzaju zakładów w Anglii, Francyi, Niemczech i Włoszech, a opis ich szczegółowy podaje Dr. Max Scheimpflug (w rozprawie: *Die Heilstätten für scrophulöse Kinder. Mit 16 Illustrationen. Wien und Leipzig*, str. 87) zestawiając systematycznie w każdym kraju istniejące zakłady dla zołzowych, z dołączeniem planów zabudowań i ruchu chorych.

Z myślą założenia takiéj kolonii dla dzieci zołzowych przy jedném ze zdrojowisk kraju naszego, i to jako filii szpitala Śgo Ludwika dla dzieci w Krakowie, nosiłem się od dłuższego czasu, czyniąc ku temu odpowiednie zabiegi, które obecnie sprawę tę do skutku doprowadzają. W biegu ostatnich dwóch lat zebrany został na cel powyższy staraniem księżnéj Marceliny Czartoryskiéj, jako przewodniczącéj komitetu opieki szpitalnéj dla dzieci, osobny fundusz około 2.000 złr. w. a. Po przeprowadzeniu przedwstępnych rokowań, piszący wraz z księżną Czartoryską udał się do Rabki, tamże wynajęto na cały sezon kąpielowy tegoroczny osobny domek, składający się z czterech pokoi i kuchni na pomieszczenie kolonii. Przychylne usposobienie właściciela Rabki p. Julijana Zubrzyckiego dla téj nowo powstającéj instytucyi, ułatwiło znacznie zadanie, nietylko bowiem, że wynajął wyż wspomniany domek z opustem jednéj trzeciéj ceny, ale przyobiecał jeszcze oddać bezpłatnie jednę łazienkę do wyłącznego użytku dla dzieci leczących się w kolonii, z liczbą 8 do 12 kąpieli słonych dziennie przez cały sezon kąpielowy, uwolnić członków kolonii od uiszczania taksy zdrojowéj, a wreszcie przyrzekł darować dwa sągi drzewa opałowego.

Z dniem 1go czerwca b. r. wejdzie zatém w życie kolonija letnia dla dzieci zołzowych w zakładzie zdrojowym w Rabce, jako filija krakowskiego szpitala Śgo Ludwika dla dzieci. Będzieto rok pierwszy na próbę, aby nabrać przekonania, czy Towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci szczupłemi rozporządzając funduszami, wydoła obok szpitala Śgo Ludwika, urządzonego na 110 łóżek, utrzymywać także osobną koloniję letnią dla dzieci zołzowych. Na razie kolonija ta w skromnych tylko urządzi się rozmiarach, to jest dla 12 dzieci (6 chłopców i 6 dziewcząt); licząc jednak wśród lata dwa sezony po 6 tygodni, znajdzie w niéj umieszczenie w tym roku dzieci 24.

Do kolonii kwalifikować i przyjmować będzie w Krakowie dyrektor szpitala Śgo Ludwika i to wyłącznie dzieci zołzowe ubogich rodziców, leczenia u wód słonojodowych istotnie potrzebujące. Nadto przyjmowane będą tylko dzieci zaszczepione w wieku od 4 do 12 lat. Pierwszeństwo mieć będą dzieci z miasta Krakowa, a szczególniéj te, które już przebyły częściowo leczenie w szpitalu Śgo Ludwika, zwłaszcza, gdy po dokonanéj tamże operacyi, u rekonwalescentów, wskazanemi są kąpiele słono-jodowe. Pierwsza gromadka (dwunastu) przyjętych dzieci wyjedzie z Krakowa dn. 1go czerwca, a po jéj powrocie druga około 15go lipca.

O umieszczenie powyższych szczegółów upraszam szan. redakcyję *Przeglądu Lekarskiego*, aby szan. pp. Koledzy byli w możności udzielania w tym kierunku odpowiednich wyjaśnień stronom interesowanym. Wprawdzie w szpitalu Śgo Ludwika znajduje się obecnie tak liczny zastęp dzieci zołzowych, że z pomiędzy nich zbierze się niezawodnie komplet na pierwszy sezon kąpielowy, chętnie jednak, jeżeli to będzie możliwe, i z po za szpitala dzieci do kolonii przyjęte zostaną.

Kraków d. 24 kwietnia 1887.

Prof. *Jakubowski.*

Virchow: O próbie głodzenia się w Berlinie.

Próbę głodową, jakiéj pod powagą grona lekarzy poddano w zeszłym miesiącu Norwegczyka Cettego w Berlinie, spotkały różne zarzuty, tak że z obroną wystąpić musiał Virchow przedstawiając kilka ogólnych rysów o użyteczności, a względnie i dopuszczalności podobnych prób. Oto zarys artykułu Virchowa.

Wielu wyobrażało sobie, że idzie tu głównie o wyśledzenie, jak długo człowiek głód znosić może? I to pytanie nie jest bez praktycznego interesu, ale w ogólności uważać go można prawie za rozwiązane poprzedniemi próbami, a jeszcze więcéj doświadczeniami na zwierzętach. W danym przypadku nie szło o to, i dla tego z góry oznaczono czas trwania próby na dni 14.

Jakiż jednak naukowy interes budzi podobna próba? O ile nie jest on poprzedniemi próbami zaspokojony? Poprzednie próby, jakie podejmowano, nie były naukowo badanemi, a próby na zwierzętach nie nadają się, aby ich wynik wprost odnosić do ludzi. Życie wewnętrzne, całe urządzenie zwierząt różni się pod wieloma względami od ludzkiego, tak że zawsze uchodziło za potrzebę nauki i praktyki lekarskiéj poczynić badania na samym człowieku.

Reforma medycyny w 16tym wieku poczęła się od chwili, w któréj poprawiono błędy powstałe przez stosowanie wyników badań anatomicznych na zwierzętach do ludzi. Nowożytna klinika święci tryumfy od czasu, gdy sposoby dokładnego badania znalazły zastosowanie przy łożu chorych.

Badania na zwierzętach w wielu razach mogą za to stanowić doskonałe środki przygotowawcze.

Istnieje atoli jeden objaw i to ważny, pod względem zaś praktycznym niezbędny, a mianowicie dotyczący odżywiania i przemiany materyi, który niełatwo poznać i zbadać przez doświadczenia na zwierzętach. Na poznaniu jego jednakże polega znaczna część lekarskiéj wiedzy i sztuki. Wszakże nikt nie zdoła pojąć procesów u chorych, nie znając odpowiednich procesów u zdrowych, z tego też powodu oddawna lekarze i fizyjologowie łączyli swe usiłowania, aby jak najdokładniéj zbadać odżywianie i przemianę materyi u ludzi zdrowych.

Pojęcie jednak odżywiania i przemiany materyi nie jest tak proste, jak się na pierwszy rzut oka wydaje. W pierwszym rzędzie zawisły one od przyjmowania pokarmów i dla tego zwykle je z tém identyfikują, w ścisłém jednak słowa znaczeniu poczyna się odżywianie od chwili, w któréj pokarmy strawione dostają się do krwi i do pojedynczych części, które mają być odżywione.

Liebig usiłował niegdyś podzielić pożywki stosownie do ich wartości dla ciała na 2 wielkie grupy: pokarmy przeznaczone ku utrzymaniu i ku odnowie tkanin i pożywki oddechowe, o których sądził, że już we krwi ulegają rozkładowi i przez rozkład (spalenie) wywięzują ciepło. Badaniami następnemi, mimo że zasadnicza myśl podziału tego została utrzymaną, wykazano, że taki rozdział nie istnieje; wiele istot, choć ostatecznie ulega rozkładowi i spaleniu, przechodzi przez tkanki, a czynne pierwiastki rozkładają w sobie własne składniki.

Takie procesy odbywają się w ustroju równocześnie, chociaż na różnych miejscach, a produkty ich rozkładu dające się rozpoznać w wydzielinach, tak dalece się mięszają, że niemożliwością jest rozróżnić ich znaczenie i pochodzenie. A ważną przecież rzeczą wiedzieć, czy istoty wydzielane były tylko przejściowemi wytworami, czy też składnikami tkanin. Znaczenie tego rozróżnienia wzrasta jeszcze w chorobie, gdzie idzie o poznanie, czy zmieniona czynność, czy zmieniony stan pewnych tkanin jest powodem wydzielania i czy z rodzaju i ilości wydzielin można wnosić o miejscu i przyrodzie rozkładów.

Stan głodu usuwa tu jedno i to najważniejsze źródło niepewności. Gdy z zewnątrz nie dostaje się pożywienie, to z początku wydzielane bywają znajdujące się we krwi i w tkaninach liczne produkty przejściowe, pochodzące z poprzednio przyjętych pożywek, których zasób jednakże wkrótce wyczerpuje się, np. soli.

Niektóre spostrzeżenia w tym kierunku można na chorych czynić. Ale z jednéj strony chorych nie głodzimy nigdy bezwzględnie, nawet przy kuracyjach głodowych, jakim chorych dawniéj poddawano, a z drugiéj strony do wydzielin dostają się produkty rozkładu chorych tkanin. Trudno wyliczyć tu okoliczności, które wikłają w ten sposób badanie; Virchow ogranicza się do stwierdzenia, że nie udało się usunąć tychże.

Uwagi te wystarczą może do wyjaśnienia, że zbadanie stanu głodu u zdrowego człowieka ma nie jakieś mierne umiejętne znaczenie, ale wysoce praktyczne. Im więcéj usuwamy produkty przejściowe, tém wybitniéj występują procesy w tkankach, ujawnia się czynność w komórkach. Wiele objawów zdumiewa nas w tych badaniach. Jakżeż łatwém byłoby przypuszczenie, że z odjęciem pożywienia ciepłota ciała rychło opada? U Cettego spostrzeżono tylko słabe wahania ciepłoty, a 7go i 8go dnia, w których spostrzeżono chwilowe dolegliwości przewodu trawienia, wzmogła się nawet nieco ciepłota, później opadła poniżéj normalnéj do 36·4—36·8. Przytém pojawiła się wzmożona potrzeba ciepła, tak że w nadmiernie ogrzanym pokoju było mu przyjemnie. Późniéj doznawał nawet podobnego uczucia, gdy w pokoju było 7—8°. Jasną jest rzeczą, iż ciepłota ciała utrzymywała się kosztem tkanin, a odpowiadał temu ubytek na wadze.

Gdy ten rozkład tkanek daléj postępuje, to rozwija się nakoniec stan inanicyi. Stan ten znamy z badań na zwierzętach, a i u ludzi chorych łatwo się z nim spotkać, w danym zatém przypadku nie szło o to, aby aż do tego stanu doprowadzić, nie szło o poznanie, jak ciało się samo spala, ale właśnie, jakie środki oporu posiada ustrój, aby utrzymać swe czynności i sam siebie. Wiadomo, do jakiego *minimum* mogą się ograniczyć czynności, a nie gasną objawy snu zimowego, a i przypadki śmierci pozornéj, mogą posłużyć za przykłady. Nie szło tu i o to. Młody, choć smukły a jednak silny mężczyzna, stosunkowo mało sypiający, ruchliwy, przedstawiał dogodną sposobność do zbadania, jakiego stopnia przemiany materyi potrzeba, aby utrzymać czynności życia tkanek w pełnym toku. Pożywienia nie przyjmował, za napój służyła mu zwykła woda i to w bardzo małéj ilości, wystarczało mu 200 grm., gdy przy zwykłém jedzeniu potrzebna jéj dzienna ilość, obliczając z ilości wydzielin, dosięga 300 grm.

Nieustanny lekarski dozór przez wprawne osoby dawał konieczną rękojmię, że próba nie przekroczy dopuszczalnego kresu. Gdyby się był pojawił jakiś groźny objaw, przerwanoby zaraz próbę. Nic podobnego nie nastało i próbę zakończono, gdy pojedyncze zadania, jakie sobie założono, o ile się to dało siłami i środkami rozporządzalnemi, zdawały się być rozwiązanemi. Zarozumiałością byłoby sądzić, że już sprawę głodzenia ze wszech stron temi badaniami wyświecono. Doświadczenia i ciągły postęp w badaniu spraw życia nasuwają ciągle nowe pytania, a być nawet może, że i obecne doświadczenia dadzą pochop do takich pytań. W takim razie obowiązkiem będzie mężów nauki korzystać z nastręczających się sposobności, nie zważając na nieprzychylne sądy.

Dr. Grabowski.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w marcu roku 1887.

Tyfus brzuszny stwierdzono w marcu w mieście Lwowie i Krakowie oraz w 27 powiatach, razem w 55 miejscowościach (w lutym w 58u). Z 1675 leczonych chorych (w lutym 1788) ozdrowiało 1059 czyli 63·2%, umarło 163 czyli 9·7%, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 453 osób. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie lwowskim, gdzie w 4ch gminach stwierdzono 220 chorych, z których 13 umarło; także w powiecie zaleszczyckim było w 4 miejscowościach 166 chorych, z tych umarło 14 osób; w powiecie rawskim z 150 chorych umarło 8 osób, w powiecie horodeńskim w 2 gminach było 95 chorych a 9 przypadków śmierci.

Tyfus wysypkowy rozszerzył się nieco więcéj w marcu niż w lutym; w 45 gminach (w lutym 43) było 1299 (w lutym 1250 chorych, z tych wyzdrowiało 855 czyli 65·8%, umarło 84 czyli 6·5% (w lutym 7·6%), pozostało z końcem marca 360 chorych w 21 gminach. W powiecie buczackim i horodeńskim było po 5 gmin tyfusem plamistym nawiedzonych, w powiecie brzeżańskim, drohobyckim, rawskim, tarnopolskim i wadowickim po trzy gminy. Najwięcéj chorych było w powiecie tarnopolskim: 260, daléj w powiecie horodeńskim 189 i w powiecie buczackim 140; największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie powiatu samborskiego, gdzie z 29 chorych umarło 5 osób, niemniéj w mieście Krakowie, gdzie umarło 4 osoby z 18tu leczonych.

Epidemija szkarlatyny zmniejsza się. W marcu stwierdzono ją w 45 (w lutym 58) gminach u 1628 osób (w lutym 1899). Z ogólnéj liczby leczonych chorych wyzdrowiało 996 czyli 61·2%, umarło 227 czyli 13·9% (w lutym tylko 12·7%) pozostało w leczeniu 405 (w lutym 472) chorych. Najwięcéj gmin szkarlatyną nawiedzonych było w powiecie dolińskim 5, po 4 w powiecie bohorodczańskim, cieszanowskim i trembowelskim. Najwięcéj chorych było w powiecie cieszanowskim, w 4ch gminach 348 osób, z tych umarło 37, także w powiecie dolińskim ilość chorych była znaczną 230 osób, z tych umarło 46 czyli 20%, największa jednakże śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie powiatu śniatyńskiego, gdzie z 43 chorych umarło 16 czyli 37·2%.

Dyfteryja zdarzyła się w siedmiu gminach tyluż powiatów, cechę nagminną przybrała ta choroba w jednéj gminie górskiéj pow. nadworniańskiego, w któréj było 59 przypadków śmierci. W całym zaś kraju stwierdzono w marcu 117 przypadków choroby, z tych wyzdrowiało 64 czyli 54·7%, umarło 31 czyli 26·5%, pozostało w leczeniu 22 chorych w 3ch gminach. W rzeczywistości zaś dyfteryja jest nierówni więcéj w kraju rozszerzoną.

Dysenteryję stwierdzono w marcu w 4 gminach u 120 chorych, z tych ozdrowiało 91 czyli 75·8%, umarło 23 czyli 19·2%, pozostało w leczeniu 6 osób w jednéj gminie.

Odrę stwierdzono w 51 gminach w 23 powiatach u 2208 chorych, głównie w powiecie sanockim, kałuskim, stanisławowskim i bohorodczańskim. O przebiegu téj epidemii trudno podać daty, chociaż tylko prawdopodobne, gdyż jak już w sprawozdaniu za miesiąc luty podniesiono, z powodu zupełnego wyczerpania funduszu przeznaczonego na pokrycie kosztów epidemij, zachodziła konieczna potrzeba ograniczyć pomoc rządową w tych epidemijach do sprawdzenia istoty choroby i zarządzenia środków zaradczych przeciw szerzeniu się jéj.

Toż samo w krztuścu, który został tylko w 12 gminach, 9ciu powiatach sprawdzonym u 512 osób.

Ospa natomiast znacznie się rozszerzyła, i tak gdy w lutym stwierdzono ją tylko w 16 powiatach w 31 gminach, w marcu stwierdzono ją w 17 powiatach w 47 gminach. Ogółem leczono 924 osób, z tych wyzdrowiało 320 czyli 34·6% szczepionych, 229 czyli 24·8% nieszczepionych, umarło 30 czyli 3·2% szczepionych a 118 czyli 12·8% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 98 osób szczepionych a 129 nieszczepionych. Najwięcéj gmin nawiedzonych ospą było w powiecie tarnobrzeskim 7, daléj w tarnopolskim i brodzkim po 5, kamioneckim, złoczowskim i żółkiewskim po 4 gmin. Najwięcéj chorych było w powiecie tarnobrzeskim 134, potém w żołkiewskim 103, w złoczowskim 101, w tarnopolskim 93, w kamioneckim 74, w brodzkim i drohobyckim po 73; największa śmiertelność była w powiecie żółkiewskim prawie 29%.

Lwów d. 17 kwietnia 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Zjazdy.** D. 11 bm. odbył się w Wiedniu 8 Zjazd otyjatrów południowo-niemieckich i szwajcarskich; Zjazd następny odbędzie się w r. 1889 w Fryburgu; w r. zaś przyszłym odbędzie się kongres otologiczny międzynarodowy w Brukseli. — W Berlinie odbył się d. 12 bm. Zjazd chirurgów niemieckich pod przewodnictwem Volkmanna; członkami honorowymi wybrano Billrotha i Spencer Wellsa. W rozprawach nad chirurgiją żołądka i jelit wzięli żywy udział pomiędzy innymi Mikulicz i Rydygier. — Równocześnie odbył się w Wiesbadenie 6 Zjazd internistów pod przewodnictwem Leydena.

○ Postępowanie przy pozaurzędowych sekcyjach. Dolnoaustryjackie Namiestnictwo wydało, opierając się na rozporządzeniu ministerstwa, pod dniem 2 marca rb., przepisy co do pozaurzędowych sekcyj, których treść jest następująca.

1) Sekcyje mogą być przedsiębrane dopiero po oględzinach zwłok.

2) Jeżeli lekarz uważa zrobienie sekcyi na zwłokach osoby zmarłéj poza zakładem leczniczym za wskazane, to powinien zapewnić się o przyzwoleniu najbliższych krewnych a o zamierzonym rozbiorze zwłok, jak również o czasie jego zawiadomić oglądacza zwłok.

3) Co do osób zmarłych w zakładach leczniczych lub dobroczynnych odpada potrzeba uzyskania zezwolenia rodziny i zawiadomienia oglądacza zwłok, o ile lekarzom zakładowym lub prosektorom powierzoném jest oglądanie zwłok.

4) W miejscowościach pod względem sanitarnym nieodpowiednich, małych, ciasnych, źle lub całkiem niewentylowanych nie należy sekcyj przedsiębrać, ale zwłoki do miejscowéj trupiarni przenieść. To samo odnosi się do osób zmarłych na choroby zakaźne lub w czasie panowania epidemij.

5) Przy sekcyi w zasadzie mają być obecnymi jedynie znawcy i potrzebna służba. O ile wyjątkowo inne osoby, np. krewni, mogłyby być obecne, rozstrzygają lekarze obdukujący. Jeżeli sekcyja ma się odbywać w mieszkaniu, to należy w odpowiedni sposób postarać się, aby w pobliżu nie miało miejsca jakie zbiegowisko ludzi.

6) Co do każdéj obdukcyi winien być spisanym protokół, w którym zamieścić należy wszelkie szczególne objawy patologiczne i przyczynę śmierci. Protokół podpisany przez obecnych lekarzy ma być przechowanym w odpowiednich zakładach leczniczych lub dobroczynnych, a przy sekcyjach poza zakładami należy go w oryginale lub odpisie udzielić urzędowemu oglądaczowi zwłok, celem przesłania władzy kompetentnéj.

7) Gdyby przy sekcyi wykryto objawy, wymagające sekcyi sądowolekarskiéj lub policyjnéj, to należy sekcyję bezzwłocznie przerwać i odnośną władzę, jeżeli można, telegraficznie lub przez osobnego posłańca o tém zawiadomić.

8) Po ukończonéj sekcyi mają być zwłoki porządnie oczyszczone, zaszyte, a jeżeli potrzeba odwietrzone i do trumny złożone; lokal sekcyi ma być starannie oczyszczony, przewietrzony, a jeżeli potrzeba odwietrzony, co w mieszkaniach prywatnych po usunięciu zwłok powtórzyć wypada.

Co do wykonania tych zarządzeń w zakładach dla chorych i w zakładach dobroczynnych odpowiedzialnymi są lekarze zakładowi, przy obdukcyjach w domach prywatnych lub trupiarniach obducenci, a w razie, jeżeli byli obecnymi, także i oglądacze zwłok.

9) Powyższe postanowienia odnoszą się także do tych przypadków, w których tylko pojedyncze jamy bywają otwierane lub podejmowane zabiegi operacyjne, np. nakłucie serca, otwarcie tętnic itd., lub t. zw. zabalsamowanie.

10) Polityczne władze powiatowe mają pilnie czuwać nad wykonywaniem tych zarządzeń.

11) Rozporządzenie to znosi dawniejsze rozporządzenie z d. 13 lutego 1879 l. 5023.

○ Tajne środki. 1) G. Seifert, fabrykant w Trachenbergu, zachwala „odpowiednio przyrządzoną wełnę“, jako natychmiastowo skuteczny środek przeciw podagrze. Jestto wata napojona salicylanem sodowym, zupełnie przeciw podagrze nieskuteczna. Pakiet zawiera 10gr. soli wartających 15 fen., a Seifert sprzedaje go po 3 mrk. Dla ciężko chorych zaleca kołdry z tegoż materyjału po 20 mrk.

2) Cléry w Marsylii zaleca proszek przeciw duszności, który przez parę przy spaleniu wywiązującą się nawet w najgorszych przypadkach suchot ma zbawiennie działać.

Jestto mięszanina saletry z zasuszonemi liśćmi *Lobelia inflata.* Skutek może być co najwyżéj chwilowy. Pudełko wartać może 50 fen. a Cléry sprzedaje go po 3½ franka.

3) Franke z Berlina zaleca ciecz brunatną przeciw gośćcowi. Składa się ona z tynktury aloesowéj, zaprawionéj nieco olejkiem kminku rzymskiego. Ilość sprzedawana po 85 fen. warta 4 fen.

Przez tegoż zalecany środek przeciw opilstwu jest mięszaniną proszku tatarakowego z gencyjanowym. Ilość wartającą 3 fen. sprzedaje Franke po 2 mrk.

○ Aptekarze i partactwo lekarskie. W Wiedniu odbyła się rozprawa sądowa przeciw aptekarzowi, który szumnie głosił sprzedaż specyfików, tak że fizyk zmuszonym był upraszać Magistrat o wyjednanie zmiany istniejących przepisów, gdyż według nich wolno aptekarzom ogłaszać się za wynalazców leków przeciw różnym chorobom i leki takie sprzedawać, co równa się partactwu lekarskiemu. Magistrat uważał, że sprzedaż leków przez aptekarzy wynalezionych wykracza przeciw ustawie karnéj. Przy rozprawie sądowéj sędzia odstąpił akta prokuratoryi, bo zdaniem jego szło tu o oszustwo.

Sprawa to zasadniczego znaczenia, bo sprzedaż specyfików odbywa się u nas na wielką skalę. *Wien. med. Wochschrft.* poświęca jéj zatém kilka uwag, uważając, że przyczyną złego jest niedostateczność przepisów.

Według rozporządzenia ministerstwa spraw wewn. i handlu

z 17/9 1883 dozwolonemi są przyrządzanie i sprzedaż przetworów farmaceutycznych jedynie aptekarzom, a zakazaną jest sprzedaż przyrządzanych leków, których przepis przyrządzania nie jest wystawiony do przejrzenia dla użytku lekarzy, lub z których opisu nie można z wszelką pewnością poznać środków lekarskich w skład wchodzących. Według rozporządzenia z 23/1 1884 sposób przyrządzania winien być podany przez wynalazcę. Z tego wynika, że aptekarze mogą wyrabiać i sprzedawać leki jeżeli w nie nie wchodzą istoty, które według rozporządzeń z 14/3 1884 i 17/6 1886 nie mogą być w sprzedaży odręcznéj sprzedawane. To miało zapewne miejsce w wspomnianym na początku przypadku i mogło jedynie stanowić przedmiot skargi.

Sprzedaż specyfików wymagalaby jednak koniecznie uregulowania, a to nawet takich specyfików, w skład których wchodzą li tylko środki od sprzedaży odręcznéj niewykluczone. Chociaż bowiem składniki specyfików same przez się nie są szkodliwemi, to mogą się stać szkodliwemi w pewnych okolicznościach w pewnych chorobach, a nawet gdyby i nie to, to kupujący doznaje szkody przez to, że środek zawiedzie jego oczekiwania. Nie można wprawdzie tak dalece nad publicznością rozciągać opieki, aby chorym zakazać próbowania specyfików, ale o to należałoby i możnaby się postarać, aby publiczność nie ponosiła szkody przez szalbiercze zachwalania. Tu zdaje się leżeć główne złe. Postanowienie ministerstwa państwa z 10/3 1860 zakazuje ogłaszania „ważnych“ leków, a przy „mniéj ważnych“ wyliczania chorób, w których mają być pomocnemi. Niestety postanowienie to zostało zniesionêm przez inne wydane przez ministerstwo spraw wewn. d. 7/3 1868, „gdyż przeprowadzenie jego napotkało trudności.“ Postanowienie atoli, o którém mowa, dałoby się przeprowadzić dozwalając ogłaszać środki lekarskie, a zakazując wyliczania chorób. Wyliczanie chorób przynosi publiczności szkodę na zdrowiu i kieszeni, bo najpierw mają specyfiki „skutkować“ na wszelkie choroby, a powtóre dla tego, bo zazwyczaj chorzy nie wiedzą, czego im brak. Możnaby wprawdzie zarzucić, że używający specyfików sam za skutki odpowiada: *volenti non fit injuria*. Stanowiska jednak tego nie może zająć ustawodawstwo, karzące np. kogoś, który zeskakuje z wagonu w biegu pociągu.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych, Część VIII z r. 1887 wydana i rozesłana d. 31 marca 1887 zawiera pod Nr. 23 ustawę z d. 2 marca r. b. o zezwoleniu gminie miasta Przemyśla na pobór opłaty od psów. Ustawa ta zezwala na pobór przez lat 10 opłaty po 2 złr. od psa, a po 1 złr. od suki.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34.2. Z płonicy umarło (2 z. t.); z błonicy i dławca 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gruźlicy 12 (14 z. t.); z zapalenia płuc 12 (15 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 4 duru osutkowego (1 ze Świątnik, 1 z Ludwinowa, 1 z Kaźmierza, 1 z ul. św. Krzyża l. 20), 2 duru brzusznego (1 z ul. Grodzkiéj l. 40 i z ul. Mikołajskiéj l. 28). W tygodniu od 6—12 marca umarło z ospy: w Mnichowie 1, w Wiedniu 1, we Lwowie 2, w Budapeszcie 20, w Pradze 5, w Warszawie 12, w Rzymie 14, w Paryżu 14, w Wenecyi 1, w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku, Poznaniu, Warszawie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Hamburgu 14, 14, w Paryżu 27, w Londynie 13, w Petersburgu 20. Z odry umarło: w Pradze, Wrocławiu i Rzymie po 7, w Paryżu 48, w Londynie 79, w Amsterdamie 15, w Stokholmie 7. Z płonicy umarło w Budapeszcie 9, w Londynie 13, w Petersburgu 14. Z błonicy i dławca umarło w Warszawie 9, w Berlinie 30, we Wrocławiu 11, w Hamburgu 16, w Budapeszcie 14, w Paryżu 40, w Londynie 16, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 10, w Stokholmie 9. Z krztuśca umarło: w Paryżu 17, w Londynie 35.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,1; we Lwowie 42,5; w Brodach 40,7; w Drohobyczu 52,1; w Kołomyi 34,3; w Przemyślu 37,3; w Stanisławowie 50,6; w Tarnopolu 23,7; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 29,3; w Warszawie 27,2; w Pradze 28,6; w Salcburgu 27,3; w Gracu 41,2; w Insbruku 33,0; w Pradze 42,7; w Bernie 54,0; w Ołomuńcu 46,0; w Opawie 37,8; w Berlinie 21,1; we Wrocławiu 27,0; w Gdańsku 27,2; w Dreźnie 25,6; w Hamburgu 29,2; w Kolonii 29,3; w Lipsku 23,8; w Mnichowie 24,3; w Poznaniu 39,9; w Strasburgu 32,3; w Amsterdamie 26,2; w Brukseli 26,9; w Budapeszcie 42,1; w Chrystyjanii 18,5; w Kopenhadze 26,0; w Londynie 20,4; w Odesie 30,8; w Paryżu 28,6; w Petersburgu 31,7; w Rzymie 31,0; w Stokholmie 22,9; w Wenecyi 36,7. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 kwietnia. N. Pan postanowieniem z d. 13 bm. nadał profesorowi nadzwyczajnemu chorób syfilitycznych i skórnych w Uniw. Jagiell., Drowi Antoniemu Rosnerowi tytuł i charakter profesora zwyczajnego. P. Minister Wyznań i Oświecenia przesyłając dekret mianowanemu wyraził mu radość swoją z powodu uznania przez N. Pana jego zasług w zawodzie nauczycielskim.

P. Minister Wyznań i Oświecenia potwierdził akt habilitacyjny Dra Karola Żuławskiego, prymaryjusza oddziału dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza.

* Poszukuje się doktora medycyny, któryby chciał zająć stanowisko lekarza domowego rodziny zamieszkałéj na wsi w wschodniéj Galicyi; przedewszystkiém wymaga się opieki lekarskiéj nad dwojgiem dziećmi; honoraryjum 800 złr. rocznie, przytém mieszkanie i wikt. Bliższe wyjaśnienia udzieli docent Dr. Jordan. (Kraków, ulica Wiślna, 5).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Hala.** Na miejsce Olshausena powołany został Kaltenbach. — **Würzburg**. Docent prywatny Dr. Rieger mianowany nadzw. profesorem psychijatryi. — **Praga czeska**. Dr. Józef Lerch, prof. i przełożony zakładu zoochemicznego w Wydziale niem. przeszedł w stan spoczynku.

* **Nekrologija**. W Marburgu umarł nagle tameczny profesor anatomii opisowéj N. L. Lieberkühn w 65 roku życia. Był on krewnym anatoma sławnego, który umarł przed 130 laty, pracował jako asystent pod Janem Müllerem, późniéj jako prosektor w Berlinie a przez ostatnich lat 20 jako profesor w Marburgu.

W Warszawie umarł Dr. Ludwik Darewski, b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, licząc lat 69. (*Gaz. Lek.*). — W Andrychowie tameczny lekarz miejski Dr. Gustaw Schneider w 37 roku życia.

Dnia 23 (st. st.) marca b. r. umarł w Kijowie w 76 roku życia Dr. Edward Miram, b. profesor uniwersytetu św. Włodzimierza. Po odbytych studyjach w Dorpacie śp. Miram doktoryzował się 1833 r. w wileńskiéj medyko-chirurgicznej akademii, gdzie i pozostał, będąc powołany na prosektora anatomii porównawczéj i do zarządu muzeum anatomicznego. W 1838 r. rozpoczął wykłady anatomii porównawczéj, a w 1839 mianowany profesorem-adjunktem, objął katedrę zoologii. W tymże czasie po obronie publicznéj rozprawy: *de ossibus nasi* dla otrzymania stopnia doktora medycyny i jednocześném zwinięciu Akademii wileńskiéj, został przeniesiony do Kijowa, gdzie do r. 1862 wykładał fizyjologię i anatomię porównawczą. Od r. 1862 do zgonu, otoczony powszechnym szacunkiem, przemieszkiwał w Kijowie, oddając się z powodzeniem praktyce lekarskiéj, zwłaszcza pedyjatrycznéj. Jeśli zgon śp. Mirama odbije się żałośnym echem w sercach mieszkańców Ukrainy, w których jako lekarz i obywatel ziemski używał miru i zasłużonéj powagi, to liczni wychowańce kijowskiego Wydziału lekarskiego pożegnają śmiertelne szczątki swego profesora z najwyższą czcią i smutkiem, błogosławiąc człowieka, który swój nauczycielski i wieloletni dziekański stosunek do uczącéj sie młodzieży potrafił nastrajać wsród najtrudniejszych nieraz warunków do ojcowskiéj harmonii. Wychowany w świetnych tradycyjach batorowskiéj szkoły przyniósł ś. p. Dr. Miram z Wilna do Kijowa ten pedagogiczny takt i powagę, które jednały nauczycielom téj szkoły miłość, poważanie i niewygasłą wdzięczną pamięć. Wieczna cześć niech będzie ludziom, którzy schodząc z tego świata unoszą błogosławieństwo i wdzięczność żyjących. *Dr. Kwaśnicki.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 17: Pacanowskiego: O stałym

braku kw. solnego w soku żołądkowym i zaniku bł. śluzowéj żołądka; Dobrzyckiego: Sławuta. Sprawozdanie za r. 1886 (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Szadka: O pierzchnicach czerwonych kończystych; Grundzacha: O sposobach wykrywania kw. mlecznego w zawartości żołądka za pomocą odczynników; Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu) O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Wł. SZTEYNER: O zeszyciu żołądka. (Odbitka z *Medycyny*), 1887, in 8vo, str. 9.

Prof. Dr. E. H. KISCH: Marienbad in d. Saison 1886. u. Mittheilung ü. Coprostase-Reflexneurosen. Prag, 1887, in 8vo, str. 16.

Piśmiennictwo lekarskie

BEAUNIS H., Le somnambulisme provoqué. Etudes physiol et psychol. 2. éd. Av. fig. 16 Paris, Baillière et fils. Fr. 3½

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 4 maja r. b. o godzinie 6téj w **sali medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych prof. Cybulski będzie miał wykład o hypnotyzmie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się okólnik o Zakładzie zdrojowym w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 7 Maja 1887. Nr. 19.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O leczeniu nerwobólu za pomocą kataforezy.

Wykład miany na ostatnim Zjeździe internistów w Wiesbadenie.
Podał **prof. Dr. Adamkiewicz.**

Najwięcéj używanemi środkami przy leczeniu nerwobólu są: prąd elektryczny stały i zewnętrzne leki kojące. Jeżeli obydwa te sposoby zawodzą, chwyta się lekarz specyficznych środków wewnętrznych, a gdy i te nie pomagają, wtedy zwykle morfin stanowi ostatnią jego ucieczkę. Nie bez wahania jednak odważa się lekarz na ten ostatni krok. Wie on bowiem, że tylko przemijającą pomoc może nim przynieść, i że tę małą korzyść wielkiém niebezpieczeństwem dla chorego okupuje. Pośród bowiem tych chorych, jak wiadomo, wybiera sobie morfinizm największą liczbę ofiar. Jeżeli więc zasób środków przeciw nerwobólom racyjonalnie ma być pomnożonym, to może się stać to tylko przez pomieszczenie w tym szeregu tylko takich leków, które z jednéj strony nie ukrywają w sobie zarodka nowego jakiegoś niebezpieczeństwa, a z drugiéj strony zaś działanie już w tym kierunku doświadczonych środków widocznie potęgują. W razie bowiem przeciwnym wprowadzenie nowego leku nie może być usprawiedliwionem.

Otóż łatwo pojąć, że nic tak nie potęguje działania pewnego leku, jak połączenie go z drugim podobnie działającym. A że ani prąd elektryczny, ani środki zewnętrzne przy odpowiedniém zastosowaniu dla organizmu nie są szkodliwe, poleciłem niedawno *(Przegląd lekarski,* 1886, 18) połączenie dwóch takich środków, mianowicie prądu stałego i chloroformu, jako nowy lek przeciwnerwobólowy. Zalecenie to miało już z góry, jak mi się zdaje, dobrą teoretyczną podstawę. Prąd stały bowiem obniża przy zastósowaniu anody pobudliwość nerwu, musi więc, jak już wielokrotne doświadczenie pouczyło, zmniejszać także patologiczny stan wygórowanéj drażliwości nerwu przy nerwobólu. Chloroform zaś cieszy się dobrą sławą miejscowego środka znieczulającego i bywa oddawna w tym celu używanym.

Ale łącząc obydwa te środki można się było spodziewać oprócz kombinacyi działań właśnie wymienionych jeszcze skutku nowego i szczególniejszego. Prąd stały bowiem nietylko obniża pobudliwość nerwu, lecz działa także kataforetycznie, a co szczególnie jest dla nas ważne, łączy obydwa te działania w anodzie. Płyny na drodze prądu elektrycznego się znajdujące porywane zostają w kierunku od anody do katody przez tkankę (Munk: Dubois-Reymond *Arch.,* 1873), a jeżeli znajdują się na powierzchni ciała w obrębie anody, natenczas zostają w samo ciało wciągnięte. Jeżeli więc płyn posiada własność działania na organa w skórze leżące, to może ją pod wpływem anody, która ściślejsze wywołuje zetknięcie się z jego składnikami tkanki skórnéj, w wyższym stopniu rozwinąć. Dla tego też zwilżona kokainem anoda sprowadza, jak Wagner (*Wien. med. Blätter,* 1886, Nr. 6) wykazał, na miejscu zastosowania głębokie przemijające znieczulenie. Chcąc połączenie prądu stałego z chloroformem praktycznie przeprowadzić, sporządziłem „elektrodę dyfuzyjną“, t. j. elektrodę o próżnym zbiorniku z dnem przypuszczalném z dziurkowatego węgla. Elektrodę napełnia się chloroformem, powleka płótnem zwilżonem w wodzie i przykłada się na skórę jako anodę niezbyt silnego prądu. Prąd sprowadza wtedy wnikanie chloroformu do skóry pomimo, że tenże jest słabym przewodnikiem elektryczności. Zabarwiwszy bowiem chloroform, np. za pomocą fijoletu gencyjanowego i robiąc doświadczenie na uchu królika widzi się, że ucho zostało na miejscu zastosowania silniéj zabarwione, aniżeli przy zastósowaniu téj saméj elektrody bez prądu, a za pomocą mikroskopu można chloroform zabarwiony, przeprowadzony za pomocą kataforezy, wykazać wśród tkanki ucha. Skóra w miejscu zastosowania anody pozostaje pod wpływem potrójnego działania, mianowicie: anody, chloroformu i kataforezy. Na zdrowym człowieku objawia się działanie to w następujący sposób: Z początku pojawia się silne podrażnienie nerwów czuciowych skórnych

przez chloroform bezpośrednio na ich kończyny działający, następnie zaś szybko rosnące obniżenie ich czynności wywołane za pomocą chloroformu ściślej niemi stykającego się. Pierwsze ujawnia się uczuciem pieczenia, drugie znieczuleniem w miejscu zastosowania, a to znieczuleniem takiego stopnia, jakiego ani sama anoda, ani chloroform sam wywołać nie jest w stanie, które zatém przeważnie jako skutek kataforezy należy uważać. Zrobiwszy te doświadczenia przystąpiłem do rozstrzygnięcia pytania, czy te opisane czynniki wystarczą do uśmierzenia nerwobólu.

Następujące w krótkości streszczone historyje chorób dają na to najlepszą odpowiedź.

I. 9go listopada 1886 zjawił się u mnie p. J. Z., kupiec z Królestwa Polskiego, 64 lat mający, z gwałtownemi napadami nerwobólu w prawym nerwie nadoczodołowym. Przed 5ma miesiącami powstałe niezbyt silne napady stawały się z biegiem czasu coraz gwałtowniejsze. Od trzech tygodni dręczyły chorego napady prawie bezustannie, niedając mu spokojnych chwil ani w dzień ani w nocy. Każda próba mówienia sprowadzała napad, a że i żucie go wywoływało, nie mógł więc chory wreszcie żadnych stałych pokarmów przyjmować. Kiedy po raz pierwszy widziałem chorego, napady występowały co 2—5 minut. Napady były bardzo silne, a chory wił się wśród nich i jęczał głośno; ucisk na punkt wyjścia chorego nerwu był nadzwyczaj bolesny. Przyłożyłem nań elektrodę napełnioną chloroformem, zamknąłem nią prąd dodatni i wzmacniałem go powoli aż do 7 M. A., poczém po trzech minutach osłabiałem go powoli aż do zera.

Napady ustąpiły zupełnie, a chory czuł się jakby nowonarodzony. Kazałem mu jeszcze jakiś czas przy sobie zostać i miałem przyjemność stwierdzić, że dopiero po pół godziny wystąpił nowy, lecz daleko słabszy napad, który po nowéj kataforezie ustąpił natychmiast Następnego dnia oznajmił mi chory, że w nocy spał dobrze, czuje się jak gdyby odrodzony, że może bez obawy mówić, a przez całe 24 godzin miał tylko pięć napadów. Przez następnych pięć dni kataforezowałem chorego raz na dzień, a przestałem dopiero, gdy się napady znacznie ulżyły i oprócz przy żuciu nie występowały.

Kiedy po ośmiodniowéj pauzie stan się nie pogorszył, kataforezowałem chorego jeszcze przez kilka dni i wypuściłem go wreszcie z obserwacyi 28 listopada 1886. Z listu z 27 marca 1887 dowiedziałem się, że po dłuższéj pauzie napady znowu się pojawiły, i że bóle występują teraz więcéj w prawéj okolicy ciemieniowéj.

II. St. P., elew lekarsko-wojskowy, lat 24, zasięgał 2go marca 1887 méj porady z powodu nerwobólu w prawym nerwie nadoczodołowym.

20go lutego przechodził chory silnie rozgrzany przez długi i wietrzny korytarz szpitalu. Tego samego dnia jeszcze wystąpiły dreszcze, zajęcie i ciężkość głowy. Na drugi dzień przebudził się chory z bólem w prawéj okolicy czołowéj, który dopiero pod wieczór ustąpił. Ten sam ból powrócił znowu następnego dnia, wzrastał aż do południa ze znaczném natężeniem i zakończył się dopiero około 3ciéj po południu. Skoro w następnych dniach ból ten zawsze się pojawiał i w ten sam sposób przebiegał, nie można już było wątpić, że rozchodzi się tu o typowe napady nerwobólu. Chory brał więc chinin i kw. salicylowy w wielkich dawkach bez żadnego skutku. Dnia 2go marca o godz. 12téj, właśnie wtenczas, gdy ból był najsilniejszy, kataforezowałem chorego w miejscu wyjścia nerwu na ucisk bardzo bolesném. Ból znikł. Jak chory następnego dnia opowiadał, wystąpił wprawdzie w pół godziny po kateforezie ból na nowo, lecz trwał zaledwie trzy kwadranse ze znacznie mniejszém nasileniem. 3go marca wystąpił znowu nerwoból, lecz późniéj niż w dniach poprzednich i o wiele słabszy. Ponowna kataforeza zakończyła go na ten dzień zupełnie. 4go marca pojawił się nerwoból raz jeszcze z nieznaczną siłą, aby być stale przez kataforezę usuniętym. Chory był teraz i pozostał zupełnie zdrów i jako taki został na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego przedstawionym. (*Przegl. Lek.* 1887, str. 240).

III. J. B. 16-letni chłopiec, przyszedł do mnie 10go marca również z nerwobólem prawego nerwu nadoczodolowego od dni czterech trwającego. W tym przypadku wystarczyło jednorazowe posiedzenie do zupełnego uleczenia.

We wszystkich przytoczonych przypadkach stosowałem kataforezę w następujący sposób: Elektrodę dyfuzyjną z biegunem dodatnim stosu stałego połączoną bez prądu przykładałem na punkt bolesny. Następnie zamykałem prąd, wzmacniałem go powoli do 6—7 M. A. i po dwóch minutach osłabiałem aż do zera. Przy tym sposobie stosowania nie zauważyłem żadnego ubocznego szkodliwego działania chloroformu. Przytoczone przypadki pouczają także, że działanie kataforezy jest tém świetniejsze, im w świeższych przypadkach się ją stosuje. Z trzech bowiem przypadków, w których inne środki zawiodły, dwa zostały zupełnie wyleczone, a mianowicie jeden po 4-tygodniowém trwaniu w 3ch posiedzeniach, drugi zaś po czterodniowém trwaniu w jedném. Lecz i w chronicznych nerwobólach nie była ona bez skutku i sprawiała przynajmniéj chwilowe znaczne polepszenie. Mogłem się także z wszelką pewnością przekonać, że w chronicznych przypadkach skraca kataforeza pojedyncze napady i obniża znacznie czułość chorego nerwu.

IV. Piotr Ż. (z kliniki prof. Dra Korczyńskiego), lat 79, cierpiał od trzech lat nerwoból obu pierwszych gałęzi prawego nerwu troistego. Napady może sobie sztucznie wywołać pocieraniem prawéj połowy twarzy. Jeden napad trwa średnio 30—35 sekund. Pod wpływem zaś elektrody dyfuzyjnéj można go skrócić do 10—15 sekund

V. Hr. J. St., lat 75, od 6ciu lat nerwoból drugiéj gałęzi lewego n. troistego; napady występują za lada pobudką jak kichaniem, kaszlem i t. d. Pod wpływem kataforezy drażliwość nerwu tak się zmniejsza, że wspomniane momenty przez godziny swą własność wzbudzania bólu tracą. Chory znajduje się jeszcze obecnie w leczeniu.

Wpływ kataforezy na nerwoból symptomatyczny ilustruje najlepiéj następujący przypadek.

VI. P. S., urzędnik kolejowy z Warszawy, lat 46, cierpi od maja 1886 na bóle neuralgiczne w zakresie n. tyłogłowiowego. Występują one nieregularnie w dzień i w nocy, w skutek czego chory bardzo podupadł na zdrowiu. 2go sierpnia 1886 zgłosił się do mnie. Kataforeza złagodziła bardzo znacznie siłę napadów. Chory mógł znowu spać spokojnie, i stan ogólny widocznie się polepszył. 10go sierpnia chory ze znaczném polepszeniem wysłany został dla skrzepienia się w góry. Jak późniéj się jednak dowiedziałem, napady wystąpiły na nowo. W październiku okazało się nareszcie, że podstawą cierpienia było zajęcie górnych kręgów szyjnych, za czém przemawiał ropień pozapołykowy, co uniemożebniło wyleczenie neuralgii.

Niezbyt pomyślném dla działania kataforezy jest obok przewlekłości cierpienia jeszcze głębokie położenie chorego nerwu i dla kataforezy niedostępne cierpienie podstawowe nerwobólu. Że położenie nerwu nie jest dla kataforezy obojętne, łatwo ztąd pojąć, że głębokość, do któréj kataforyczny prąd sięga, zależy od siły zastósowanego prądu, która poza

pewne granice przekroczyć nie może. Dla tego też do leczenia nerwobólu kulszowego, a mianowicie u ludzi zażywnych, kataforeza mniéj się nadaje, aniżeli do leczenia nerwobólu nerwów śródżebrowych, tylogłowowego, a szczególnie troistego wraz z jego gałęziami, w czém już i inni autorowie, jak Hirt (*Bresl. ärzt. Zeitschrift.* 1886, Nr. 22) moją metodą dobre otrzymali wyniki. Pomimo tego i przy nerwobólu kulszowym (Ischias) radziłbym i z kataforezą nie zaniechać próby, a to z przyczyn, o których późniéj jeszcze będzie mowa.

Zebrawszy razem dotychczas z kataforezą zrobione doświadczenia muszę ją przy odpowiedniém zastósowaniu uważać jako wyśmienity środek przeciw świeżym i samoistnym nerwobólom powierzchownie położonych nerwów, a który w obec przewlekłych skraca trwanie napadu, zmniejsza ich siłę i może je na krótszy lub dłuższy czas zupełnie tamować. A jeżeli dotychczas zrobione doświadczenia z kataforezą nie dają jeszcze dostatecznych statystycznych wniosków, to przecież uderzającą jest znaczna stosunkowo liczba zupełnych wyleczeń i ta prędkość, z jaką wyleczenie nastąpiło. Czy te dobre wyniki zawdzięczać należy jedynie zmniejszeniu pobudliwości nerwu przez prąd stały i znieczuleniu chloroformem, nie chcę rozstrzygać. Zdaje mi się jednak, że należy tu myśleć także i o pewnych psychicznych momentach, a nazwałbym takim ból, który kataforeza z początku wywołuje, a który jest dla zdrowego bardzo przykry, podczas gdy chorzy go łatwo znoszą. Oprócz tego okazuje się kataforeza już skuteczną przy takiéj sile prądu, jaka do zupełnego znieczulenia nerwu jeszcze nie jest wystarczającą. W każdym razie jest pewném, że w przypadkach powyżéj określonych podwójnemu działaniu prądu i chloroformu fala newralgiczna nie jest w stanie się oprzeć.

II. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośnii i Hercogowinie.

Podał
Dr. Leopold Glück,
lekarz obwodowy i kierujący szpitalem w Trawniku w Bośni.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Kiłę dziedziczną w postaci świeżéj bardzo rzadko zdarza się tu widzieć lekarzowi, a to z powodu dziwnego zapatrywania się ludności, że my, małemu dziecku, które jeszcze mówić nie umie, a któremu wewnętrznie lekarstw podawać nie wolno, pomódz nie jesteśmy w stanie i ponieważ pielęgnowanie dzieci wiele jeszcze pozostawia do życzenia, a choroby osesków często odnoszą do kolki brzusznéj, ciężkiego ząbkowania lub wnętrzaków i w taki sposób je leczą, że śmiertelność dzieci i tak już znaczna, jeszcze bardziéj wzrasta. Że kiła jest dziedziczną chorobą, Bośniacy o tém dobrze wiedzą, a niekiedy nawet własna lekkomyślność na karb rodzicielskich grzechów kładą; nie jest tu jednak wiadomém, że płód z łona matki może ze sobą przynieść objawy kiły, albo że one mogą wystąpić w pierwszych miesiącach życia. Ponieważ mało dbają o pielęgnowanie skóry u dzieci, nic dziwnego, że się u nich pokazują wysypki na skórze, ale te bywają albo przeoczone, albo uważane za pochodzące z ostrości krwi, a jako takie nie powinny być spędzane. Tylko te objawy uważają tu za wyraz kiły dziedzicznéj, które w ostatnich czasach jako kiłę dziedziczną późną (*syphilis hereditaria tarda*) opisują, szczególniéj jeśli występują u osób młodych. Jest tu kilka okolic, jak n. p. powiat Kladanj, gdzie późne postacie kiły nadzwyczaj często u osób młodych między 4ma a 15tym rokiem życia napotyka się, również nierzadkie są takie przypadki i po za granicami tego powiatu. W każdéj większéj miejscowości w Bośnii można widzieć dzieci z siodełkowatemi nosami, z zapaleniem rogówki miąższowém, z zębami Hutchinsona, przebitém podniebieniem twardém, z wrzodami na podniebieniu miękkiém, migdałkach i t. d. Wprawdzie opisałem przed kilkoma laty („*Ueber hereditäre Syphilis*“ *Wiener med. Presse* 1881) dwa przypadki tego rodzaju cierpienia, a w uwagach we wstępie wspomnianych szczególnie kładłem wprawdzie nacisk na częstość kiły dziedzicznéj późnéj w Bośnii, tym razem jednak muszę ze stanowiska krytyka pozwolić sobie powątpiewać o istnieniu tego rodzaju kiły i w tém znaczeniu, jak ją opisali Augagneur, M. Zeissl i Fournier. Kto tak często, jak ja tutaj, ma sposobność widzieć dzieci z nabytą kiłą, o któréj istnieniu rodzice ani nawet przeczucia nie mają, tego wiara wnet zostanie zachwiana w istnienie kiły dziedzicznéj późnéj w powyższém znaczeniu, albowiem przyznać musi, iż te dzieci w okresie dojrzewania, albo nieco wcześniéj lub późniéj mogą okazać zmiany podobne lub równe zmianom kiły dziedzicznéj późnéj. Zresztą kiła może się u dziecka, które z wrodzoną kiłą w postaci wczesnéj przyszło na świat, a którą całkiem przeoczono lub zamilczono, odnowić parę lat późniéj w postaci późniejszéj. Że jednak te objawy, czy one należą do kiły dziedzicznéj, czy nabytéj, żadnych różnic nie przedstawiają, przyznają zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy tak zwanéj kiły dziedzicznéj późnéj.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać taki przypadek w tutejszym szpitalu nieco dokładniéj. 17 stycznia 1886 przyjęto do szpitala 42-letniego Stipiona M. pod Nr. 20 z powodu napadów padaczkowych. Z anamnezy można się dowiedzieć, że chory przed 15tu laty przebył ogólną kiłę, a przed 8miu laty dur. Od lat 14tu jest żonaty, żona poroniła najpierw 2 razy, późniéj porodziła 2 dzieci donoszonych, które wnet po urodzeniu umarły, a wreszcie ostatni 2 potomkowie żyją do tego czasu, jeden z nich starszy ma od 2 miesięcy wrzody na szyi. Chory nasz miał upaść przed 5ciu tygodniami podczas ścinania drzew, stracił przytomność i dopiero po pewnym czasie miał przyjść do siebie. Od tego czasu miały się napady powtarzać co drugi lub piąty dzień. Żona miała mu opowiadać, że podczas napadu ma kurcze i że mu się z ust piana toczy. Chory jest słabo zbudowany, niedokrewny, zmiany chorobowéj w wewnętrznych narządach wykazać nie można, na podniebieniu miękkiém i migdałkach można widzieć blizny nieliczne, białawe. Późne wystąpienie padaczki, która przecież w wieku młodzieńczym się rozpoczyna, obecność blizn na podniebieniu i ustach, a wreszcie przyznanie się do przebytéj kiły przed 15tu laty, kazały się domyślać, że padaczka u niego polega na kiłowéj podstawie. Zaleciłem jodek potasu i to 10·0 na 500, 4 łyżki dziennie, i kazałem sobie przedstawić synka, aby przez to módz się jeszcze w rozpoznaniu upewnić.

2go stycznia przyprowadzono 7-letniego Stipona: miał on aż do ostatnich 2 miesięcy zawsze być zdrów, wyjąwszy, iż przed 4ma laty przebył ospę. Prawidłowo zbudowany, ale jak na swój wiek za mały i niedokrewny. W prawym kącie ust widać okrągły wrzód wielkości $^1/_2$ centa, przechodzący zarówno na wargę dolną jak górną, a ztąd na błonę śluzową lica, którą zupełnie przenika. Wrzód ten ma brzegi

nieco wygryzione, częściowo podminowane, naciekłe, dno nierówne, ropą pokryte. Sąsiednia błona śluzowa lica w otoczeniu obrzmiała i zaczerwieniona. Na górnéj powierzchni języka znajdują się 4 guzy ostro odgraniczone, wielkości fasoli, ułożone w tkance języka. Powierzchnia języka jest w têm miejscu niegładka, o zabarwieniu jednak niezmienionêm; na podniebieniu, a to na przejściu twardego w miękkie, w linii środkowéj znajduje się ubytek o postaci gruszki $^3/_4$ cm. szeroki $1^1/_2$ długi, sięgający aż do kości zgrubiałéj. Wrzód ten ma brzegi ostro cięte, otoczone obwódką wązką czerwonawą. Dno ropą obłożone. Oba migdałki obrzmiałe, mocno zaczerwienione, górne zęby siekacze skośno ustawione, małe, karbowane, żółtawo zabarwione. Gruczoły mało powiększone. Wszystkie wyżéj opisane zmiany ustąpiły w ciągu miesiąca pod wpływem skombinowanego leczenia przeciwkiłowego ogólnego i miejscowego, zostawiając blizny wciągnięte, tak że chory 20 lutego jako uleczony wypuszczony został. Ojciec jego, który w początkach pobytu w szpitalu miał jeszcze 3 napady, a z których 2 ja sam widziałem, równocześnie z nim został wypuszczony, gdy ich już więcéj nie dostawał. Od tego czasu miałem sposobność badać kilka razy obydwóch chorych, nie mogłem jednak stwierdzić żadnych recydyw. Ojciec od czasu opuszczenia szpitala już nie miał ani jednego napadu. Kto uznaje istnienie kiły dziedzicznéj późnéj w znaczeniu Augagneura, zaliczy do niéj z pewnością i ten przypadek. Według mego zdania mieliśmy tu do czynienia z odnawiającą się późną postacią kiły wrodzonéj; jakkolwiek nie ma żadnego punktu oparcia, że chłopiec zaraz po urodzeniu już był dotknięty objawami kiły, to jednak przypuszczenie istnienia jéj więcéj jest usprawiedliwione niż wykluczenie. Podczas urodzenia się chłopca ojciec już był syfilityczny, żona przedtêm już 2 razy poroniła, dwoje dzieci urodziło się z objawami kiły i zaraz po urodzeniu umarło; że dzieci takich ojców zwykle już w pierwszych miesiącach życia okazują objawy cierpienia wrodzonego, nie potrzeba daléj udowadniać; o wiele nieprawdopodobniejsze byłoby przypuszczenie, że cierpienie wrodzone przez 7 lat było ukryte i teraz dopiero jako kiła późna się pokazało. Ze stanowiska ogólnéj patologii byłoby wcale trudno to udowodnić.

Do dalszych właściwości kiły w Bośnii zaliczyć należy szybkość, z jaką pod wpływem odpowiedniego leczenia u krajowców często ustępują ciężkie objawy kiły. Już kilka razy spostrzegałem, że wysypki guzkowe, a nawet krostkowe i wrzody w gardle już po 10—12 wcieraniach ustępowały. Objawy goją się, mogę powiedzieć, tuż pod okiem obserwatora. Skłonność do wyleczenia jest u Bośniaków i Hercogowińczyków w ogóle nadzwyczaj żywa, co koniecznie trzeba wprowadzić w związek z żywą wymianą materyi u nich istniejącą.

O wiele smutniejszym faktem jest złośliwość niezaprzeczona kiły bośniackiéj dla obcokrajowych. Za dalekoby mnie to zaprowadziło, gdybym chciał wyliczać wszystkie moje spostrzeżenia pod tym względem; w ostatnich czasach znów miałem sposobność widzieć tego rodzaju przypadek u c. k. porucznika w tutejszym szpitalu wojskowym. Jeszcze się nie zabliźniło stwardnienie, któremu towarzyszył obrzęk na wewnętrznéj blaszce napłetka, a już wystąpiła kiła krostkowa, która się zamieniła we wrzody, zajmujące przeważnie górną połowę ciała. Zaledwo te się zagoiły, a już w 3cim miesiącu choroby wystąpiły sprawy kilakowe na różnych miejscach ciała. Chorego otaczano najstaranniejszą opieką i znajdował się w leczeniu u zdolnego lekarza wojskowego, który na wszystko się wysilał, aby się stać panem choroby. Wszystko jednak było daremne, a gdy i kąpiele w Lipiku pożądanego skutku nie przyniosły, musiał biedny chory zawczasu z wojska wystąpić. Przypadek ten i z tego względu jest nadzwyczaj ciekawy, że naczynie limfatyczne na grzbiecie prącia począwszy od owrzodzenia pierwotnego aż do środka prącia zropiało; jestto zjawisko, o ile mnie się zdaje, należące do największych rzadkości.

Na szczególną uwagę zasługuje spostrzeżenie, które do tego czasu parę razy zrobiłem, że z okolic, w których kiła częściéj występuje, zupełnie zdrowe osoby przychodziły i stanowczo utrzymywały, że mają *„freniaka.“* Mniemanie to uzasadniali brakiem apetytu, osłabieniem, nieokreślonemi wędrownemi bolami; utrzymywali, że mają kiłę wewnętrzną. Według zapatrywania ludu może się kiła zapędzić do wnętrza organizmu i dla tego trzeba się starać ztamtąd ją odpowiedniemi (?) środkami na zewnątrz wypędzić. Sześciorazowe nakadzanie się cynobrem ma zazwyczaj wystarczać, aby ten cud sprawić. Objawy zapalenia jamy ust w skutek zatrucia rtęcią biorą za bardzo częstą tu kiłę jamy ust i przełyku i uważają je nietylko za dowód rzeczywiście istniejącego cierpienia, lecz także za skutek nakadzania. Jeśli objawy w jamie ust nie występują, to osoba ta nie była zakażona kiłą. Zarozumiali chorzy nie zadowalają się zazwyczaj jednym szeregiem nakadzań, lecz powtarzają go 2 do 3 razy, aż wreszcie ich starania zostają naturalnie uwieńczone skutkiem, gdyż dostają wreszcie zapalenia jamy ust zupełnie prawidłowego. Ta *hypochondria syphilitica* rzeczywiście zdaje się o wiele częściéj występować, aniżeli lekarze obserwują, gdyż tylko bardzo mała część szuka pomocy lekarskiéj, większa połowa chorych kiłowych leczy się albo sama, albo szuka pomocy u tutejszych hekimów.

W ogóle istnieją tu dwie metody leczenia kiły, jednę stanowią wspomniane wyżéj nakadzania, druga polega na leczeniu pigułkami. Rtęć metaliczną albo cynober zaprawiają z różnemi żywicami i tworzą z nich albo kule, albo pręciki nerkowate *„Hape“* zwane. Każda kula wystarcza na 2 okadzenia się, które wykonywają z rana i wieczór; dawkę leku kruszą i sypią na węgle żarzące się, rozłożone na blasze. Chory przykrywa się wielką chustą lub płaszczem, nachyla się nad węgle i wdycha parę unoszącą się z węgli przez 10 minut. Podczas takiego leczenia chory nie śmie nic jeść kwaśnego, ani zielonego i musi się chronić od zaziębień. Dwanaście nakadzeń stanowi jeden szereg. Jeśli zmiany po jednym szeregu nie ustąpiły, powtarzają je dwa i trzy razy. Że te nakadzenia nierzadko za sobą pociągają szkodliwe następstwa, rozumie się samo przez się, te jednak przypisują nie sposobowi leczenia, lecz zaziębieniu się chorego przy têm postępowaniu. Tak częste występowanie późnych postaci kiły w jamie nosowéj, przełyku i krtani zdaje się być skutkiem wpływu rtęci wprost na te części ciała. Z drugiéj znowu strony zdarzają się przypadki, w których chorzy dotknięci tego rodzaju cierpieniem nigdy w ogóle się nie okadzali, ani w ogóle nie leczyli. Pigułki będące tu w używaniu przygotowywują z sublimatu i wosku, dawki na nie nie znam. Chorzy zapytywani o to opowiadali mi, że pigułki są jeszcze mocniejsze niż okadzenia i wtedy dopiero je stosują, jeśli ostatnie okazują się bezskutecznemi.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby kobiece.

Bumm: **O zapaleniu ślinianki przyusznéj po operacyi wycięcia jajnika.**

Odwołując się do Moerickego, który pierwszy zwrócił uwagę na powiklanie owaryjotomii zapaleniem ślinianki przyusznéj i opisał 5 przypadków, jak niemniéj do przypadków Mundego i Bantocka, zestawia autor 17 znanych sobie z literatury przypadków i stara się wysnuć pewne wnioski na podstawie tych spostrzeżeń.

Zapalenie ślinianki przyusznéj nie występuje zawsze po stronie wyciętego jajnika, w 6ciu przypadkach znajdowało się po stronie przeciwnéj, w 4ch wystąpiło obustronnie, pomimo że jeden jajnik tylko był wycięty, podczas gdy 2 razy po obustronném wycięciu jajnika po jednéj tylko stronie wystąpiło zapalenie ślinianki przyusznéj. Znane są jednak przypadki, w których po obustronnéj operacyi nastąpiło obustronne zapalenie ślinianek. W dwu przypadkach były zajęte gruczoły ślinne podszczękowe i podjęzykowe. Przejście sprawy zapalnéj w ropienie wydarzało się częściéj, aniżeli wessanie, na 13 przypadków 9 razy. W dwu przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem zapalenia ślinianki. W 17tu przypadkach śmiertelność wynosiła 23%, dla tego też autor zgodnie z Moerickem uważa to powiklanie za bardzo poważne.

Co do stanu miejscowego napotykanego podczas operacyi i co do spostrzeżeń w przebiegu pooperacyjnym nic osobliwego nie spostrzeżono. Zastanawiając się nad związkiem przyczynowym między zabiegiem operacyjnym a zapaleniem ślinianki, pomija B. zdanie Keitha, który to powiklanie uważa za przypadkowe i wyklucza możebność nagminnego pochodzenia tych zapaleń. Również wyklucza ropnicę jako przyczynę wywołującą. Przypadki Mundego, Manna, Suttona i Johnsona uważa za takie, które powstały skutkiem ropnicy, ale te wszystkie zakończyły się zejściem śmiertelném wśród objawów zakażenia gnilnego. W przypadkach, o których autor opowiada, przed wystąpieniem sprawy zapalnéj w śliniankach nie było zmian ogólnych, albo tylko nieznaczne, tak, że o ropnicy mowy nie było. W zamian zaś twierdzi, że po odrzuceniu powyższych przyczyn łatwo możnaby przypuścić związek sympatyczny między śliniankami a jajnikami. Skoro bowiem można wykazywać związek pewien między ugnieceniem jądra a zapaleniem ślinianki przyusznéj, można także przypuścić, że i drażnienie jajnika wśród operacyi może wywołać sprawę zapalną w śliniance.

Dalsze zapatrywania swoje wywodzi autor z przypadku, w którym po powstałym skręcie szypułki guza jajnikowego dokonano operacyi wycięcia tegoż. W pierwszych dniach po operacyi nie było wprawdzie gorączki, ale wystąpiły boleści i objawy niedrożności jelit, wymioty kałowe, wzdęcie brzucha i t. d., któreto objawy ustąpiły po obfitych stolcach wywołanych częstemi lawatywami. 6go dnia wystąpiło zapalenie ślinianki przyusznéj. W dwa dni przecięto guz na twarzy, ropa nie pokazała się, ale za to strzępki ropiaste, które pod drobnowidem okazywały mnóstwo stafilokoków. Hodowla wykazała *staphylococcus aureus*.

Ponieważ autor jest przekonania, że ten ostatni wywołał ropienie, zastanawia się nad pytaniem: jaką drogą mógł się tenże dostać do wnętrza gruczołu ślinnego? W myśl tego przypuszcza możebne trzy drogi, a mianowicie: za pośrednictwem tkanki łącznéj, a względnie przez naczynia chłonnicze, drogą naczyń krwionośnych, a wreszcie przez przewód gruczołowy. Pierwszą drogę wyklucza na podstawie, że w żadnym z 17stu zestawionych przypadków nie było wcale ogniska ropnego w pobliżu ślinianki. Daléj ze względu, że w tychże przypadkach nie było objawów ropnicy, nie sądzi, aby prątki drogą naczyń krwionośnych do ślinianki dostawać się mogły. Mimo to jednak ze względu na okoliczność, że Escherlich znajdował u gorączkujących położnic prątki w mleku i przypuszczał, że takowe przez gruczoły ze krwi zostają wydalane, a w przypadkach autora przed wystąpieniem zapalenia ślinianek znajdowały się ropne ogniska, jak n. p. koło szwów w niektórych przypadkach, przypuszcza zatém i możność dostania się tychże do krwi. Na pytanie: czy ślinianki przyczyniają się do wydzielania prątków z organizmu, odpowiada przytoczeniem doświadczeń Wyssokowicza, które temu przeczą. Dla największéj liczby przypadków zapalenia ślinianek przypuszcza wreszcie dostawanie się prątków przez przewód gruczołowy do wnętrza ślinianek.

W przypadku przez siebie opisanym znalazł w drugim dniu po wystąpieniu zapalenia ślinianki w jamie ust *staphylococcus aureus*. Podobnież znalazł i u dwu innych chorych, które z powodu ciągłych nudności i wymiotów kilka dni prawie żadnego pokarmu nie przyjmowały. Acżkolwiek obecność tychże w jamie ust nie musi koniecznie prowadzić do tego, aby się przez przewód do gruczołu dostawały, to przecież dziać się to może podobnie, jak to się rzecz ma w zapaleniu gruczołu piersiowego, gdzie prątki dostają się z brodawki, jak n. p. tam, gdzie się znajdują nadżerki i pęknięcia przyskórka téjże.

Autor wreszcie zapytuje: czy przez wycięcie jajnika występują w śliniance przyusznéj warunki ułatwiające dostanie się prątkom do jego wnętrza, któreby zarazem wyjaśniły, dla czego właśnie po téj operacyi zapalenia ślinianki przyusznéj częściéj się zdarzają? Preuschen opierając się na doświadczeniach Paulowa, który znalazł, że skutkiem otwarcia jamy brzusznéj i wydobywania jelit ustaje czasowo wydzielanie śliny i działanie nerwu językowego, twierdzi, że ustanie wydzielania śliny po operacyi wycięcia jajnika umożliwia prątkom dostanie się do wnętrza ślinianki. Bumm nie godzi się na to zapatrywanie, albowiem po otwarciu jamy brzusznéj w innych celach, a nie aby dokonać wycięcia jajnika, zapalenie ślinianki się nie przydarza. Znany mu jest tylko jeden podobny przypadek podany przez Manna, w zamian jednak istnieją 3 spostrzeżenia Emmeta i Goodella, w których raz po operacyi na szyi macicy i po operacyi przetoki pęcherzowéj, gdzie otrzewna nie była otwartą, wystąpiło zapalenie ślinianek. Wreszcie zapatrywanie Preuschena nie może tłumaczyć tych przypadków, w których po dokonaniu wycięcia jajnika następuje tylko obrzmienie ślinianki, które niebawem ustępuje. W obec tego sądzi B., że istnieje na drodze unerwienia związek między jajnikami a ślinianką przyuszną, który pośredniczy w przenoszeniu podrażnienia z jajnika na śliniankę; że może występować w śliniance zaburzenie w działaniu nerwów naczynio-ruchowych, skutkiem czego powstają objawy zwykłego zapalenia ślinianki; że daléj ten stan zapalny wpływa na wydzielanie śliny, co znów ułatwia dostanie się prątkom z jamy ust do wnętrza ślinianki i te ostatnie dopiero wywołują zropienie téjże. Aby wątpliwość uchylić, uważa autor za konieczne: zbadanie wpływu drażnienia narządu płciowego na unerwienie ślinianek, powtórzenie doświadczeń Paulowa i przeprowadzenie szczepienia prątków jużto drogą naczyń krwiono-

śnych jużtéżto od przewodu gruczołowego. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887 Nr. 10). *Dr. Mars.*

Farmakologija.

L. Riess: **Kora kondurango w raku żołądka.**

Kora kondurango dostała się do Europy z Ameryki południowéj dopiero w r. 1871. Jak wszystkie nowe środki, i ten lek przeszedł różne koleje. Jedni lekarze przypisywali korze kondurango wielkie znaczenie nietylko w raku żołądka, ale i innych trzew brzusznych, oraz jako *stomachicum* w cierpieniach żołądka, a miał lek ten działać na układ nerwowy, podobnie jak strychnin, drudzy odmówili mu wszelkiéj wartości, nawet działania fizyjologicznego i trującego. W r. 1874 w Niemczech wprowadził korę tę w użycie Friedreich jako specyfik w raku, również kilku innych lekarzy znało ten środek. Pierwszy dopiero Riess poświęcił mu więcéj uwagi, robiąc przez 8 lat liczne doświadczenia z korą kondurango w szpitalach berlińskich, on téż pierwszy ocenił należycie znaczenie leczniczе tego leku. Zakres wskazań podzielił na dwie części i znacznie go zmniejszył.

Zachwalanéj dawniéj jako *stomachicum* w niestrawności, w nieżycie żołądka, Riess nie przypisuje korze kondurango pierwszeństwa przed innemi środkami gorzkiemi i aromatycznemi, jak *Trifolium*, *Rheum*, a spostrzegał to w 50 przypadkach. Również nie mógł dopatrzeć wybitnego skutku w raku, który nie był w związku z żołądkiem, jak na otrzewny, w woreczku żółciowym, w przełyku.

Zupełnie inaczéj rzecz się ma, gdy idzie o raka, który ma siedlisko li tylko w żołądku. Z 120 przypadków leczonych za pomocą kory kondurango nie było ani jednego, gdzieby lek pozostał bez skutku; nawet tam, gdzie zaczęto podawać ten lek w ostatnich tygodniach przed śmiercią, apetyt się poprawił i nastało pewne polepszenie. Wybitniejszy jednak skutek okazuje się po dłuższém używaniu leku. Zapisuje się zwykle odwar z 10·0 na 200·0 co godzina łyżkę. Już w kilka dni po użyciu kory kondurango zwiększa się łaknienie, nudności ustają, wymioty się zmniejszają a nawet całkiem ustępują, jeżeli nie ma znacznego zwężenia odźwiernika i rozstrzeni żołądka, bóle pojawiają się rzadziéj, a nawet giną zupełnie. Skoro te przykre objawy żołądkowe się zmniejszą, chory może lepiéj się posilić, odżywić, podmiotowo czuje się lepiéj i sił mu przybywa. Ciężar ciała nie opada tak nagle, jak to bywa przy raku, długi czas stoi w jednéj mierze a nawet w 20 przypadkach był przybytek do 19 kgr. Riess zestawia cyfry statystyczne, z których się okazuje, że leczenie za pomocą kory kondurango w raku żołądka znacznie przedłuża życie chorego, jak również śmiertelność o wiele jest mniejszą, niż śród leczenia innemi środkami. Już Friedreich opisał jeden przypadek, w którym guz rakowy żołądka macalny rozszedł się śród leczenia korą kondurango. Riess w 64 przypadkach, w których można było guz dokładnie wymacać, zauważył stałe zmniejszanie się takowego, a w 8 przypadkach guz zniknął zupełnie. W kilku przypadkach wyleczonych za pomocą kory kondurango, a zmarłych późniéj na inną chorobę, sekcyja wykazała resztki guza rakowego w żołądku. Riess przypisuje przeto korze kondurango działanie miejscowe na samo utkanie nowotworu, zaczém przemawia i ta okoliczność, że poza żołądkiem leżące guzy rakowe nie ulegają najmniejszéj zmianie. Z tych więc powodów Riess poleca gorliwie korę kondurango we wszystkich przypadkach, w których z pewnością lub z prawdopodobieństwem rozpoznano raka żołądka. Wreszcie lek ten oddaje i lekarzowi znaczne usługi, bo chorzy zażywają korę kondurango chętnie przez całe tygodnie i miesiące, zważywszy, jak w cierpieniach żołądka bolesnych i przewlekłych chorzy szybko się zrażają do lekarstw i jak w krótkim czasie zmuszają wyczerpać wszystkie zasoby leków gorzkich, aromatycznych i ściągających. (*Berl klinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 10). *Dr. Buzdygan.*

β. **Arsenin strychninu** zaleca Dr. J. Roussel (*La Semaine médicale*, 1886, z 22 sierpnia) w miejsce płynu Fowlera (*Liquor Kalii arsenicosi*), do którego ustrój bardzo szybko się przyzwyczaja, przyczém zwiększone dawki już nieraz były powodem zatrucia. Wprawdzie podskórnie stosowany nie przedstawia powyższych niedogodności, ale też i działanie jego w téj formie o wiele jest słabsze. Powyższych niepożądanych własności nie posiada wcale arsenin strychninu, stósowany przez autora z bardzo dobrym skutkiem. Nadaje on się przedewszystkiém do użycia podskórnego będąc w każdym stosunku łatwo w wodzie i glicerynie rozpuszczalny; nie sprawia wcale bólu, a chłoniony bywa w téj formie szybko. Należy jednak zaczynać od bardzo małych dawek, gdyż już 0·01 *strychn. arsenicos.* wywołuje pewne objawy zatrucia. Dr. Roussel używa zwykle roztworu 1:250 i stosuje na początek $^1/_4$, późniéj $^1/_2$, nareszcie całą strzykawkę Pravaza, zawierającą 0·004gr. powyższego środka. Działanie takiéj jednéj pełnéj dawki charakterystyczne jest szczególnie w owych stanach osłabienia i fizycznego znużenia, jakie pospolicie w okresie zwiastunowym cechuje choroby zakaźne, a które środek powyższy całkowicie usuwa, a chorego przytém przyjemnie podnieca. Używał też autor środka tego we wszystkich przypadkach osłabienia i braku sił żywotnych (*abaissement de vitalité*) z najlepszym skutkiem. Z drugiéj strony posiada arsenin strychninu jeszcze jednę nieoszacowaną własność, mianowicie jako środek w wysokim stopniu przeciwgnilny i z tego powodu stosuje się go z bardzo dobrym skutkiem w durze brzusznym. Autor opisuje między innemi 2 przypadki, w których miał do czynienia z początkowym durem i w jednym z nich po zastosowaniu środka niniejszego chora w 8 dni przebyła tę ciężką chorobę. (Arsenin strychninu sterylizuje całkowicie odżywkę, na któréj hodowano kolonije prątkowe). Arsenin strychninu w połączeniu z salicylanem żelaza, według autora, jest nieocenionym środkiem w wszelkich przypadkach przewlekłéj niedokrewności, niestrawności itp. (*Allg. med. Centr. Ztg.*).

Okulistyka.

Dr. Melinger: **Przypadek amblijopii po zatruciu chininem.**

Nowsza literatura notuje już dość znaczną liczbę przypadków zaburzeń w zakresie słuchu, wzroku i mowy po znaczniejszych dawkach chininu. M. podaje świeży przypadek niedowidzenia na tle zatrucia chininem tém ciekawszy, że wykazane w nim wziernikowo zmiany wykluczają właściwie to cierpienie z rzędu zaburzeń czysto funkcyjonalnych. Kobieta 42-letnia popada po 9 porodzie w stan gorączkowy (obok tego połogowa forma zadumy), skutkiem czego podano jéj 15·0 (!) chininu. W trzy dni późniéj nagłe niedowidzenie, liczenie palców zaledwie w bezpośredniéj odległości od oczu. Badanie wziernikowe, uskutecznione w 2 miesiące późniéj, wykazuje nieco za cienkie naczynia i ostre zarysowanie granic tarczy. W ciągu następnych 3 miesięcy bystrość podnosi się powoli do $^1/_{10}$, podczas gdy wziernik wykazuje znaczny postęp w zmianach: tarcze blade z odcieniem szarawym, naczynia, zwłaszcza tętnice, zaledwie dostrzegalne. Źrenice oddziaływają leniwie, pole widzenia ścieśnione od góry i dołu. Wkrótce późniéj po ponownéj dawce (15·0) chininu nagłe niedowidzenie, wzmagające się zrazu z dniem każdym, mimo zaniechania chininu. Poprawa postępuje powoli, nie dopro-

wadza już jednak do stanu prawidłowego. Autor uważa zmiany wziernikowe wyżéj podane za cechujące tę formę etyjologiczną, kładąc obok tego nacisk na rokowanie znacznie lepsze, niż w innych postaciach zaniku tarczy, jak również na niestosunek zachodzący między postępem zmian w tarczy a czynnością oka. *(Klin. Monatsblätt. für Augenheilk.)* *Dr. Sroczyński.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

III zwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 26 lutego 1887.
Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 20.

1. Kol. Różański przedstawił chorego z *ulcus tuberculosum penis*, następnie chorego z *ulcus phagedaenicum*.

W dyskusyi zabrał głos kol. protomedyk Biesiadecki. Cechującym wrzody fagedeniczne jest rodzaj nacieku; ten bowiem nie jest twardy, jak w innych wrzodach, lecz miękki, a więc surowiczy, ze skłonnością do szybkiego rozpadu w głębi i w szerz. Wrzody kiłowe i gruźlicze rzadko kiedy tak szybko w głąb drążą, gdy przeciwnie wrzody *noma*, posiadające również naciek surowiczy, prawie gwałtownie się rozpadają a nadto odznaczają się i innemi cechującemi własnościami. I tak występują tylko u dzieci, przeważnie u dziewcząt, na częściach płciowych, i to szczególnie u takich, które okazują wybitne zmiany surowicze. Sekcyje pouczyły o tém mowcę, który znajdował w takich przypadkach ściany naczyń krwionośnych, jakby naszpikowane barwikiem czarnym, powiększenie i zabarwienie szare śledziony, wątroby i szpiku kostnego. W szpiku kostnym znajdował w miejscu tłuszczu tkaninę galaretowatą. — Kol. Ziembicki zapytuje prelegenta, czy bolesność cechująca wrzód fagedeniczny odnosi się do każdego wrzodu tego rodzaju, umiejscowionego gdziekolwiek bądź czy téż tylko do wrzodu na prąciu. — Kol. Mossing twierdzi, że wedle jego doświadczenia kamfora działa dobrze na wrzody fagedeniczne jako środek ból kojący i antiseptyczny. — Kol. Schramm zapytuje, czy fagadenizm może się chwycić każdego wrzodu z jakiejkolwiekbądź przyczyny powstałego? — Kol. Laskiewicz podaje, iż zgorzel fagedenizmu często się spotyka u chorych ze skórą surowiczo nacieklą, w chorobie Brighta i u dotkniętych ciężkiemi chorobami nerwowemi. — Kol. Pisek jest mniemania, że wyrażenia *ulcus phagedaenicum* a *serpetiginosum* są więcéj praktyczne, niż naukowe, często bowiem jedna forma wrzodu przechodzi w drugą. — Na powyższe uwagi i zapytania odpowiada kol. prelegent: Kamfora może być użytą tylko w lekkich przypadkach fagedenizmu. *Noma* odznacza się istotnie rozpadem nadzwyczaj szybkim, na raz prawie gwałtownie komórki się rozpadają. Wrzody fagedeniczne zaś nie mają tak piorunujących cech; wraz z naciekiem surowiczym i rozpad się posuwa. Fagedenizm na tle zimniczém raz tylko widział. Różnica pomiędzy *ulcus serpetiginosum* a *phagedaenicum* zachodzi ta, iż wrzód pierwszy rozszerza się tylko w skórę, drugi zaś i w głąb. Fagedenizm chwyta się wszelkich wrzodów i zawsze się odznacza wielką bolesnością. — Na wniosek kol. protomedyka zebrani członkowie dziękują kol. Różańskiemu za nader zajmujący wykład.
Dr. Wiczkowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16 marca 1887.
Przewodniczący kol. Kopernicki. Członków obecnych 31.
Gość Dr. Dębowski z Dorpatu.

1. Dokonano wyboru nowego prezesa, którym został kol. Pieniążek.

2. Kol. Obaliński miał zapowiedziany wykład o gorączce moczowéj.

W dyskusyi brali udział koll. Rosner i Zarewicz.
Dr. Dobruchowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

VI.

Wiedząc, czem się Pers karmi, a zatem podług przysłowia mogąc osądzić, czem jest, pozostaje mi jeszcze rozpatrzyć się w innym obrazku jego domowego życia i wystudyjować je ze swojskich tu metod postępowania, które jako nabyty nałóg, dalekie od przynoszenia pożytku ustrojowi, przeciwnie osłabiają jego fizyjologiczne czynności i wywolują powolne jego zatrucie. Drogą zaś prowadzącą do tego ostatniego, jestto od niedawna wprowadzone lecz z dniem każdym rozwijające się używanie napoi wyskokowych, jak wódka i wino, — wdychanie dymów z masy makowcowej, środki uzwierzęcające mieszkańca Wschodu i posuwające go natychmiast do szukania przyjemności w rozrywkach nienaturalnych, w których rzędzie figuruje głównie pederastyja. Jak każdy kraj, co się ukorzył przed blaskiem cywilizacyi zachodniéj, tak i Persya zrobiła także krok naprzód, i odurzona wszechpotężnym postępem przyswoiła sobie pewne jego odcienia. Gromady młodzieży wysłanéj na naukę do Europy, studyjując i zapoznając się z nałogami, z powrotem wnieśli je do rodzinnych zagród. Daléj zręczny Grek kolonista, przemyślny, chytry i gotowy do wszystkiego Ormianin, wreszcie usłużny Semita, byli niejako pierwszymi pionierami, co po wskazanéj przez młode pokolenie drodze ustalali rozszerzanie się ponętnych obcych zwyczajów, nieraz opłacając życiem płynące ztąd dla siebie korzyści. Tak się dostały i przyjęły w Persyi kult Bachusa i Priapa, i złe, którego fatalne dla społeczeństwa skutki dziś dopiero poznano, zapuściło już zbyt głęboko korzenie w byt jednostek i rodzin, tak że kwestyję ich wyplenienia można uważać tylko za mrzonkę. W końcu handel z Rosyją i Angliją, dla większych korzyści poparty paragrafami narzuconych kapitulacyj, rozbudził zmysł produkcyjny. Zaczęła się powiększać liczba jeżeli już nie gorzelni to przynajmniéj alembików, i pędzenie gorzałki obok wyrobu wina stawszy się dostępnym dla każdego, przybrało w krótce niezwykłe rozmiary. Wprawdzie większe masy ludności jeszcze się nie dowiedziały o smaku gorzałki; i wierne cytatom „Suraty“ zabraniającym używania wszystkiego, co uległo zakwasowi, nie chcą uwierzyć i przekonać się o skutkach, jakiemi gorzałka rozbudza działanie fantazyi, pozwalając choćby na chwilę zapomnieć o srogości i barbarzyństwie khanow. Lecz zato gorzałka stała się ulubionym napojem tych ostatnich, i wszystkiego co bardziéj dystyngowane. Spijanie zaś jéj nie odbywa się w pewnych oznaczonych porach, jak to ma miejsce w Turcyi, gdzie narodowa „mastyczka“ spija się przeważnie wieczorem. Tutaj dzieje się zupełnie przeciwnie. Dygnitarz czy tylko urzędnik poprzedza zwykle swe wyjście z „henderunu“ spełnieniem dobréj dawki gorzałki. Zwraca się do niéj po bernardyńsku po skończonem śniadaniu. A gdy cienie nocy odbiją się w sprowadzonych z Europy zwierciadłach i kandelabrach, wtedy doborowe grupy młodych chłopaków dopełniają miary rozkoszy, ubiegając się o coraz częstsze podawanie czasz wypełnionych gorzałką, aby najprzód rozbudzić — a następnie uśpić zwierzęcą namiętność pana! Niekiedy lecz bardzo rzadko bywają powołane do podobnéj służby kobiety. Lecz ani ich przytomność i wdzięki, ani śpiewy zastosowane do okoliczności, nie przedstawiają żadnego powabu dla nałogowego perskiego pijaka, którego rozbudzona chuć posuwa do czynów, do których spełnienia nie byłoby zdolne najbardziéj rozbestwione zwierzę.

Pędzona tu gorzałka jest produktem destylacyi winogron, zwie się „arake“ i spijają ją czystą bez żadnych innych dodatków. Jestto także jeden ze zręcznych sposobów dla tych, co mają pewien cel ukrycia się z jéj używaniem. W tym celu miejscowy przemysł wyrabia srebrne czasze lub kubki, mające podwójne ściany i opatrzone w zewnętrzny otwór, znany tylko właścicielowi i zaufanemu słudze. Do wewnętrznych przestrzeni wlewa się gorzałka; zewnętrzną dostępną dla oka każdego wypełnia się wodą i kubek podaje się na każde zawołanie o wodę. Treść jego wewnętrzną zręcznie się wypróżnia, a dla pozoru popija się nieznaczną ilością wody. Następstwem podobnych nadużyć jest wystąpienie najprzód zewnętrznych objawów obłędu opilczego, przedewszystkiem zaś drgawki rąk i osłabienie całego układu mięśniowego odnóg dolnych. Pije się jednak daléj. A dla ukrycia drgawek rąk posługują się bursztynowym różańcem, którego paciorki zwykle dość duże i przesuwane co chwila, w istocie ukrywają ten objaw.

Dodatkiem uzupełniającym niejako używanie gorzałki jest wino, wyrabiane w Szyrasie, Hamadanie i okolicach Tebryzu. Wyborne co do swéj jakości, zawierające stosunkowo znaczną ilość wyskoku, a zatém mocne i aromatyczne bez różnicy koloru, jest jednak wyrabiane w niewielkiéj ilości, i jest używane li tylko przez zamożniejszych Persów. Że zaś wino znane już było i muzułmańskim patryarchom i że w księdze zakonu znajduje się o nim wyraźna wzmianka, surowo zabraniająca używania tego napoju, więc też to jest i jedyna przyczyna, że w tak prawowiernéj Persyi znajduje mniejszą od gorzałki wziętość. Jednakże każdy, co na dnie swego kubka szuka sposobów do powiększenia ziemskich rozkoszy, znajdzie zawsze kilka amfor wina, używanego jak się zwykło tu twierdzić w celu usunięcia w ustach smaku gorzałki, a zatém pijanego prawie jednocześnie z tą ostatnią. Zwyczaj téż podobnego raczenia się jest tu powszechny; z tą tylko różnicą, że gdy gorzałka bywa jedynie podawaną przez chłopaków, wino przeciwnie — tylko z ręki przystojnéj oczywiście dziewczyny przyjmuje się z tém charakterystycznóm wykrzywieniem ust, jakie cechuje każdego nałogowego pijaka. Kobietom téż jakby dla zażartowania z sakramentalnéj zasady wolno także używać wina, byleby tylko w swojém kółku i w chwili nieobecności pana domu.

Winu wcale się tu nie przyznaje własności leczniczych. I jakkolwiek niektórzy z postępowych tutejszych lekarzy starali się nadać winu lub odwarowi jego większe lecznicze znaczenie, to jednak usiłowania ich rozbijają się zawsze o ten ustalony tu przesąd, że wino służyć może tylko do rozkosznego upajania się, nigdy zaś do wzmocnienia wyniszczonego ustroju! Niemniéj jednak i pomimo że sok winogronowy po przejściu przez sprawę fermentacyi taką tu się cieszy opiniją, za to ten sam płyn nie poddany fermentacyi, stanowi tu tak zwaną *„Szyra“* i używa się jako napój i lek. Tam téż, gdzie przesąd lub zazdrość nie pozwalają zażądać rady lekarza, a zatém w dolegliwościach kobiecych przedewszystkiem, zwykle podają *„szyra“*, niekiedy z dodatkiem jakiegoś aromatu, najczęściéj jednak tylko letni lub zagotowany. Własności tego płynu mają być wzmacniające i ściągające, w miarę tego, czy został przygotowany z samych tylko jagód pozbawionych swych ziarn, czy téż jagody w całości poddano zmiażdżeniu i wyciskowi. Płyn ten zmięszany z pewną ilością zsiadłego słodkawego mleka owczego stósują u dzieci dotkniętych zołzami. Służy do okładów w długotrwałych cierpieniach stawów. Największe jednak zastosowanie znajduje jako napój przy stole — zastępujący wybornie nieszczególną zawsze wodę. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Paweł Liborius: Badanie wapna jako środka odwietrzającego.

Wapno wypalone znajduje rozliczne zastosowanie jako środek odwietrzający nietylko z powodu swojéj taniości, ale także jako środek powstrzymujący gnicie, strącający istoty organiczne. Aby zbadać jego działanie na drodze bakteryjologicznéj, przeprowadził L. w pracowni Kocha liczne doświadczenia, których wynik przedstawia się, jak następuje:

1) Roztwór wodny wapna 0,0074%, względnie 0,0246% był w stanie w przeciągu kilku godzin zniszczyć na zawsze pierwszy prątki durzycowe, drugi choleryczne.

2) Hodowle prątków cholerycznych na bulijonie zawierające liczne białkowate zmętnienia i przedstawiające dla działania wapna z powodu fizycznych własności przynajmniéj tak niekorzystny grunt jak odchody choleryczne odwietrza również stale i w zupełności w ciągu kilku godzin 0,4% czystego wapna gaszonego, względnie 2% surowego gaszonego wapna w kawałkach.

3) Skuteczne to działanie wapna nawet w warunkach utrudnionych okazało się najdzielniejszém, jeżeli użyto wapna w stanie sproszkowanym, albo jako 20% mleko wapienne. (*Zeitschrift für Hygiene, II Band, I Heft*). *Dr. Buszek.*

* Zjazdy. IX Zjazd międzynarodowy w Washingtonie odbędzie się w roku bieżącym począwszy od d. 5 września; 60ty zaś Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbadenie w d. 18 — 24 września.

* Liczba uczniów medycyny w uniwersytetach z wykładem niemieckim wynosiła w ubiegłém półroczu zimowém: w Wiedniu 2318, w Monachijum 1350, w Berlinie 1297, Würzburgu 935, Dorpacie 868, Lipsku 781, Gracu 548, Gryfii 441, Fryburgu 428, Wrocławiu 362, Hali 315, Bonnie 292, Marburgu 271, Erlandze 267, Zurychu 241, Królewcu 237, Tübindze 235, Kielu 234, Getyndze 233, Strasburgu 233, Insbruku 231, Bernie 227, Jenie 210, Heidelbergu 202, Giessen 138, Bazylei 131, Rostoku 100.

○ Przyrząd do dezinfekcyi mieszkań. Fabryka chemicznych wytworów i zakład dezinfekcyjny F. Diehla w Monachijum wyrabia obecnie przyrząd do odwietrzania mieszkań, czego dokładne wykonanie napotykało dotąd na trudności. Według metody Diehla operacyja odwietrzania składa się z dwóch manipulacyj. Najpierw wystawia się miejscowości, w których wszystkie przedmioty, z wyjątkiem żywych roślin, pozostać mogą przez 12 godzin, na wpływ środków chemicznych (jakich?), a potém za pomocą przenośnego kociołka parowego, przy którym znajduje się przyrząd rozpylający, poddaje się powtórnie jeszcze dezinfekcyi za pomocą pary. Przy dezinfekcyjach, jakie w ten sposób przeprowadzono w ciągu roku (wśród rodzin z dziećmi, w których pojawiły się dyfteryja i płonica), ani razu nie zdarzył się przypadek nawrotu choroby lub inny przypadek choroby.

Przyrząd dezinfekcyjny jest łatwo przenośny i łatwo daje się ustawiać, można go zastosować w każdéj miejscowości, jeżeli tylko ma ona otwór na zewnątrz do uprowadzenia produktów spalenia. Gdy osiągnie się odpowiednie napięcie, to stosownie do wielkości przestrzeni przyśrubowuje się dłuższa lub krótsza rura i wystawia przedmioty na wpływ pary, w ten sposób wpędzić można parę we wszelkie szczeliny i otwory z większą lub mniejszą siłą. Celem tém lepszego spełnienia skutku z rurą rozprowadzającą połączony jest narząd rozpylający, z którego ciecz odwietrzająca, w któréj przez połączenie rury z kociołkiem parowym wytworzono takie same napięcie, powoli do rury rozprowadzającéj wpływa i rozpyloną zostaje wraz z parą.

Przy wszystkich dotąd wykonanych odwietrzeniach mieszkań, mebli itd. kw. siarkawym itd. nie osiągnięto dostatecznego odwietrzenia. Szczegóły, jak skrapianie ścian, sufitów i podłóg, konieczne, potrzebne, a jednak często pomijane, wiele się do tego przyczyniły, głównie jednak z powodu, że użyte środki odwietrzające nie wnikały w szczeliny i otwory ścian i podłóg, a przeto znajdujące się w nich grzybki rozszczepnikowe nie były zabite i zniszczone.

Wzmiankowany przyrząd odwietrzający łączy natomiast wszelkie pomijane warunki, jakotéż i pomysły nowsze. Niszczy przez rozgrzaną parę wszelkie zarazki w najmniejszych szczelinkach i otworkach, któreto zniszczenie przez rozpylenie jeszcze jakiegoś środka dezinfekcyjnego można dla większéj jeszcze pewności wzmacniać, nie sprawiając mieszkańcom przykrości przez duszące pary. Para wypływająca z rur pod ciśnieniem przenika każdą przestrzeń mającego się odwietrzyć przedmiotu i niszczy grzybki. Większe przestrzenie można w zupełności jednostajnie pokryć jakimś środkiem odwietrzającym. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 5). *Dr. Grabowski.*

○ Przeniesienie tasiemca z psa na człowieka omawiano niedawno w berlińskiém Towarzystwie lekarskiém, przyczém się okazało, że zdarza się ono częściéj niż zazwyczaj przypuszczamy, i że nastaje nietylko przez bezpośrednie udzielanie, mające miejsce przy całowaniu przez psy, ale także za pośrednictwem wody rzecznéj, do której dostają się wydzieliny psie. Bergmann okazywał preparat bąblowców ze szpiku kostnego podudzia 32-letniego człowieka, który sobie złamał nogę obracając się gwałtownie na łóżku. Po oddaleniu oprawy gipsowéj po 6ciu tygodniach okazało się, że złamanie się nie zagoiło. Druga oprawa nie doprowadziła także do zagojenia. B. zatém przystąpił do odjęcia podudzia, które się nader szczęśliwie powiodło. Przepiłowując kość odjętego podudzia dla stwierdzenia rozpoznania znalazł B., że cała jama szpikowa jest setkami małych bąblowców wypełnioną, które w jedném miejscu nawet kość rozsadziły. Byłto 6ty przypadek cierpienia na bąblówce, który B. w ciągu roku ze skutkiem operował, usadowienie jednak w tém miejscu jest rzadkiém.

Także i Związek lekarzy meklenburskich polecił prof. Madelungowi z Roztoku podjęcie badań co do częstości bąblowców u ludzi i zwierząt, a badania te wykazały bardzo wysokie cyfry. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 5).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 maja. W sobotę d. 30 kwietnia po odbyciu prawem przepisanych aktów Dr. Rudolf Trzebicky, 1szy asystent kliniki chirurgicznéj, w obecności członków Wydziału lek. i bardzo licznego zgromadzenia lekarzy cywilnych i wojskowych oraz uczniów, miał wykład habilitacyjny o obecnym stanie chirurgii żołądka; poczém dziekan oznajmił mu jednomyślną uchwałę Wydziału, uznającą go docentem chirurgii. Akt przesłany zostanie Ministerstwu Oświecenia do zatwierdzenia.

Na posiedzeniu swém z d. 2 bm. Wydział lekarski uchwalił: 1) gdy prof. Obaliński oświadczył stanowczo, że zastępstwa nie przyjmuje, przedstawić Ministerstwu do zatwierdzenia Dra Trzebickiego, jako zastępcę profesora chirurgii, aż do czasu mianowania profesora i 2) prof. Obalińskiego, jako egzaminatora.

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego po załatwieniu czynności administracyjnych prof. Cybulski miał wykład o hypnotyzmie.

* Staraniem i nakładem Wydawnictwa *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie wyszło tłumaczenie dzieła prof. J. A. Hoffmanna w Dorpacie p. t. Terapija ogólna ze szczególném uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie zgodziwszy się w skutek wniosku Wydawnictwa *Gazety Lekarskiéj* na przyjęcie części nakładu tego dzieła, uchwaliło przesłać dzieło to swoim Członkom i Prenumeratorom bezpłatnie jako premijum za r. 1886.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Wiedeń**. Docent higijeny Dr. Kretschmer, lekarz pułkowy w armii, z pominięciem 142 starszych od siebie kolegów, mianowany został lekarzem sztabowym. — **Monachijum**. Były prof. dorpacki Vogel mianowany został honorowym profesorem i przełożonym polikliniki pedyjatrycznéj; docent prywatny higijeny zaś Dr. Renk przenosi się do Berlina mianowany członkiem Urzędu zdrowia. — **Edymburg**. Uniwersytet udzielił Köllikerowi w Würzburgu stopień doktora prawa. — **Genewa**. Prof. embryjologii Fol podał się do dymisyi a prof. nadzw. Eternod mianowany został zwyczajnym prof. embryjologii i histologii. — **Giessen**. Posadę Kaltenbacha obejmuje prof. Schwarz, b. asystent Olshausena. — **Messina**. Dr. Salomone mianowany nadzw. profesorem patologii wewnętrznéj. — **Królewiec**. Docent prywatny Vossius mianowany prof. nadzw.

* **Wiadomości osobowe**. Pomiędzy mianowanymi w awansie majowym w armii czynnéj lekarzami znajdują się następujący rodacy lub bliżéj nas obchodzący koledzy: starszymi lekarzami sztabowymi 2éj kl. mianowani: Drowie Roman Szeliga przy szpitalu w Budapeszcie i Józef Krankel przy szpitalu w Krakowie; lekarzem sztabowym Dr. Wacław Melzer w Krakowie; lekarzami pułkowymi 1éj kl. Drowie Paweł Krzemień, Konstanty Blachowski, Eustachy Antoniewicz, Jozef Pineles, Stanisław Chodorowski, Wilhelm Mosing, Oswald Byk, Herman Reiss, Karol Sołtan, Eugeni Mironowicz; lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie: Władysław Hubicki, Józef Peters, Edward Kawecki, Szymon Rappaport, Antoni Kozorowski, Jan Stefanicki, Henryk Otto, Wiktor Oleksy, Tadeusz Zapałowicz.

* **Nekrologija**. W Londynie umarł 19 kwietnia ginekolog Dr. Alfred Meadows, pierwszy prezes Tow. ginekologicznego, licząc lat 55. — W Fryburgu umarł nagle prof. Hack, znany specyjalista chorób nosowych; znajdował się właśnie na welocypedzie, gdy tknięty udarem mózgowym czy porażeniem serca stoczył się i żyć przestał; liczył dopiero lat 36. — W Paryżu umarł słynny chirurg Gosselin. Urodzony w Paryżu w r. 1815, był profesorem od r. 1858, od r. 1860 członkiem Akademii lekarskiéj, a w r. 1874 wybrany został członkiem Instytutu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 18: Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie; Pacanowskiego: O stałym braku kw. solnego w soku żołądkowym i zaniku bł. śluzowéj żołądka (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 10: Stachiewicza: Leczenie suchot płucnych sposobem Brehmera; Feigla: O nagłéj śmierci w skutek gwałtownych wzruszeń umysłowych (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci; Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu) O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 4: Sawickiego: O przepuklinie przedotrzewnowéj (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. WOLBERG: Gorączka powrotna u dzieci (Odbitka z *Gaz. Lek.*) str. 22.

TENŻE: Tyfus wysypkowy u dzieci (Odbitka z *Gaz. Lek.*) str. 14.

TENŻE: Tyfus brzuszny u dzieci (Odbitka z *Gaz. Lek.*) str. 27.

Dr. SMOLEŃSKI: Bericht ü. d. Fortschritte d. Balneologie i. d. polnischen Ländern (Odbitka z SCHMIDTA Jahrb. T. 214) in 4to, str. 13.

Dr. PACANOWSKI: Beitrag z. percutorischen Bestimmung d. Magengrenzen. (Z kliniki prof. Leubego w Würzburgu. Odbitka z D. *Archiv. f. kl. Med.* T. 40) in 8vo, str. 13.

SCHMIDT, HERING i KRAUSE: Ueber die Heilbarkeit und Therapie d. Larynxphthise. Verhandl. d. Section f. Laryngologie d. 59 Vers. D. Naturf. u. Aerzte (Odbitka z *W. med. Woch.*) Leipzig, 1887, in 4to str. 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 664. **KONKURS,**

Celem prowizorycznego obsadzenia opróżnionéj posady lekarza miejskiego w Andrychowie z płacą roczną 300 złr. a. w. rozpisuje się niniejszém konkurs.

Ubiegający się o tę posadę mają wnieść do tutejszéj Rady gminnéj swoje należycie udokumentowane podania najdaléj do 15go maja 1887 r.

Zwierzchność gminy miejskiéj
Andrychów 23 kwietnia 1887 r. Burmistrz
Marcin Gayrat.

KONKURS.

W celu objęcia posady lekarza miejskiego z rocznym dochodem 250 złr. do 300 złr. rozpisuje gmina miasta Ottynii. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1go czerwca 1887.

Ottynia dnia 1 kwietnia 1887. Zwierzchność gminna
Oleynik, W. gm.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 14 Maja 1887. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki prof. Charcota w Paryżu.

Kilka przypadków histeryi u mężczyzn.

Podał **Dr. Jan Prus,**
b. asystent kliniki lekarskiéj w Uniw. Jagiell.

Zważywszy, że przypadki histeryi u mężczyzn nie są w ogóle częste, i że ich rozpoznanie przedstawia nieraz bardzo wielkie trudności, jak niemniéj uwzględniwszy, że znaczna część przypadków, uważanych za *Railway-spine* nie jest niczém inném, jak tylko histeryją i że w obec tego należyte rozpoznanie w tych razach może być wielkiéj wagi pod względem sądowolekarskim, sądzę, że usprawiedliwioném będzie podanie kilku dotyczących przypadków, które miałem sposobność obserwować w klinice prof. Charcota, a które były przedmiotem jego zajmujących wykładów. Przypadki te zasługują na wzmiankę z tego także powodu, że rozpoznanie ich udowodnioném zostało z wszelką ścisłością w sposób niezwykły, bo w sposób doświadczalny.

Wieśniak, lat 26 liczący, pracujący na jednym z dworców kolei żelaznéj w Paryżu, podaje, że pochodzi z rodziny zupełnie zdrowéj nieokazującéj żadnych przypadków nerwowych i że poprzednio nie przebywał żadnej choroby. Obecna jego choroba datuje się od półtora roku z przyczyny uderzenia, jakiego doznał w chwili, gdy, mając zadanie połączenia wagonu z lokomotywą zwolna nadjeżdżającą, wstawił przez nieostrożność swe prawe ramię pomiędzy talerz sprężynowy wagonu i talerz lokomotywy. Bezpośrednio po uderzeniu utracił chory przytomność na pół godziny. Przyszedłszy do przytomności zauważył z przerażeniem, że odnogą górną prawą nie może wykonywać żadnych ruchów z wyjątkiem nader słabych ruchów palcami, i że w téj odnodze postradał zupełnie czucie. Uderzenie nie było prawdopodobnie zbyt silném, skoro nie sprowadziło żadnego cięższego obrażenia ciała (zwichnienia lub złamania) prócz obrzmienia i sińców na ramieniu, w okolicy podobojczykowéj i na twarzy. Z powodu ogólnego osłabienia zmuszonym był chory pozostać przez kilkanaście dni w łóżku, wśród którego to czasu utracił resztę władzy w palcach ręki prawéj. Mimo ciągłéj niemal opieki lekarskiéj nie ustąpiło dotychczas jeszcze porażenie odnogi górnéj prawéj, a chory badany obecnie (w marcu 1887) przedstawia stan następujący:

Mężczyzna wzrostu średniego, silnie zbudowany i dobrze odżywiony. Mięśnie odnogi górnéj prawéj (m. deltowy, dwuglowy i mięśnie przedramienia) są znacznie cieńsze i mniéj jędrne, niż po stronie lewéj. Skóra na przedramieniu i ręce prawéj okazuje barwę sinawą i jest zimna. Ruchy czynne w stawie barkowym, łokciowym, i nadgarstkowym po stronie prawéj zupełnie zniesione. Chory może tylko nieco zginać i wyprostowywać razem wszystkie palce ręki prawéj. Ruchy bierne we wszystkich stawach odnogi porażonéj można z łatwością wykonywać bez najmniejszéj sztywności. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Mięśnie i nerwy zachowują się względem prądu przerywanego i stałego zupełnie prawidłowo. Czucie skórne w odnodze górnéj prawéj zupełnie zniesione, chory nie czuje dotknięcia ani najsilniejszego ukłucia i nie jest w stanie odróżnić przedmiotów ani zimnych ani gorących. Granicę znieczulenia od góry stanowi linija kolista, przebiegająca przez *acromion, processus coracoideus,* popod pachę i wzdłuż zewnętrznego brzegu łopatki. Stawy, ścięgna, mięśnie i kości odnogi porażonéj są również najzupełniéj znieczulone, chory bowiem wśród najsilniejszego gniecenia, naciągania i skręcania stawów nie doznaje najmniejszego bólu. Elektryzowanie skóry, mięśni i pni nerwowych prądami bardzo silnemi nie sprawia choremu żadnego bólu. Czucie mięśniowe w odnodze téj również zupełnie zniesione; chory mając oczy zamknięte nie jest w stanie wskazać, jakie położenie nadano jego odnodze porażonéj.

Zastanówmy się teraz nad pytaniem, jakiéj przyrody jest porażenie odnogi górnéj prawéj u naszego chorego? Ze względu, że porażenie to powstało skutkiem urazu, że zajmuje tylko jednę odnogę, że porażonym jest tak ruch jak i czucie, na-

suwa się nam przedewszystkiém myśl, że porażenie to jest porażeniem obwodowém, a mianowicie porażeniem splotu barkowego. Aby módz tém gruntowniéj roztrząsnąć, o ile przypuszczenie to jest uzasadnioném, porównajmy nasz przypadek z objawami u innego chorego, okazującego również podobne porażenie odnogi górnéj.

Przypadek ten dotyczy chłopczyka 14-letniego, który nadmienia, że przed 4ma miesiącami spadł z konia na bark lewy i że od téj chwili nie może władać odnogą górną lewą. Badanie téj odnogi wykazuje: znaczny zanik mięśni przedramienia i mięśnia dwugłowego, porażenie wszystkich ruchów z wyjątkiem słabéj abdukcyi w stawie barkowym, wybitną wiotkość stawów, zniesienie odruchów ścięgnistych. Mięśnie przedramienia, m. dwu- i trójgłowy nie oddziaływają wcale na prąd przerywany. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, czucie elektryczne i mięśniowe zupełnie zniesione, granica jednak znieczulenia różni się wybitnie od granic opisanych w pierwszym przypadku. Znieczulenie bowiem nie sięga do wysokości barku, lecz tylko do połowy ramienia po stronie wewnętrznéj, a do łokcia po zewnętrznéj stronie ramienia. Bark zatém i znaczna część skóry na ramieniu posiada czucie prawidłowe. Stawy, ścięgna, mięśnie i kości ręki i przedramienia są również znieczulone.

Porównywając oba te przypadki ze sobą zauważymy przedewszystkiém różnicę w rozciągłości obszarów znieczulenia. I tak podczas gdy w pierwszym przypadku znieczulenie zajmuje całą odnogę górną, w drugim przypadku ogranicza się prawie tylko do przedramienia i ręki. Różnica te są wielkiéj wagi pod względem rozpoznawczym. Nowsze bowiem prace wykazały nader dobitnie, że nawet zupełne przerwanie lub przecięcie całego splotu barkowego nie pociąga za sobą utraty czucia w całéj odnodze górnéj, lecz że znieczulenie zajmuje tylko rękę, przedramię i dolną część ramienia, a więc taki obszar, jak to u naszego chłopczyka widzimy. W obec tego orzec musimy, że porażenie w pierwszym przypadku naszym nie pochodzi z przyczyny schorzenia splotu barkowego. Za słusznością tego twierdzenia przemawia także prawidłowe zachowanie się mięśni porażonych względem prądu elektrycznego i prawidłowe odruchy ścięgniste. W drugim natomiast przypadku, jak widzimy, mamy do czynienia z typowém porażeniem splotu barkowego, któreto określenie okazuje się tém więcéj uzasadnioném, jeżeli uwzględnimy, że u naszego chłopczyka istnieje jeszcze jeden ważny objaw, a mianowicie zwężenie źrenicy lewéj. Objaw ten jest wyrazem porażenia gałązki nerwu współczulnego zaopatrującéj mięsień rozszerzający źrenicę, a któżrato gałązka przebiega w splocie barkowym. Wykluczywszy możność istnienia porażenia obwodowego w przypadku pierwszym zastanówmy się z kolei nad pytaniem, czy ognisko wywołujące porażenie nie tkwi w rdzeniu lub mózgu. Łatwo pojąć, że nie można przypuścić schorzenia istoty białéj rdzenia pacierzowego, w tym bowiem razie porażenie zajmowaćby musiało także odnogę dolną. Ognisko zaś w szaréj istocie położone wywołałoby: zmiany w pobudliwości elektrycznéj mięśni porażonych, zniesienie odruchów ścięgnistych i zmiany w czuciu po stronie przeciwnéj. Chcąc przypadek nasz wytłumaczyć obecnością ogniska chorobowego w jakiejkolwiekbądź części mózgu, jak np. w torebce wewnętrznéj lub w korze mózgowéj, musielibyśmy przypuścić ze względu na odmienną lokalizacyę czynności ruchowych i czuciowych, że w mózgu powstały dwa oddzielne ogniska chorobowe ściśle ograniczone, z których jedno zajmuje drogę lub ośrodek ruchowy odnogi górnej, a drugie ognisko znajduje się w drogach lub ośrodkach czuciowych téjże odnogi, co jest rzeczą bardzo nieprawdopodobną i dotychczas niespostrzeganą. Powtóre musielibyśmy napotkać u naszego chorego objawy zwyrodnienia wtórorzędnego zstępującego w postaci podwyższenia odruchów ścięgnistych i sztywności lub przykurczeń w stawach odnogi porażonéj. W obec tego musimy orzec, że porażenie u naszego chorego nie polega na zmianach materyjalnych w układzie nerwowym, lecz jest przyrody funkcyjonalnéj. Zwróćmy więc uwagę naszą na pytanie tu się nasuwające, czy porażenie to nie jest oparte na tle histeryi i zbadajmy, ażali chory nasz nie przedstawia innych jeszcze objawów, właściwych téj chorobie?

W sferze umysłowéj chory nie okazuje żadnych zboczeń; natomiast w sferze zmysłów wyśledzić możemy kilka ważnych nieprawidłowości. I tak badanie wzroku wykazuje: 1) znaczne ścieśnienie pola widzenia po obu stronach, a zwłaszcza po stronie prawéj i 2) podwójne widzenie okiem prawém. Jakkolwiek pierwszy objaw przydarza się i w innych chorobach nerwowych, np. w uwiądzie rdzenia pacierzowego, a przedewszystkiém w chorobach oka, to przecież w połączeniu z drugim objawem tu przytoczonym stanowi ważny moment rozpoznawczy na korzyść histeryi. Co do drugiego objawu to nadmienić możemy, że wykluczywszy: zwichnienie soczewki, wpływ atropinu lub ezerynu, zaćmę, podeszły wiek i astygmatyzm, możemy na podstawie tego objawu rozpoznawać prawie niechybnie histeryę. Przyczyną podwójnego widzenia jedném okiem w histeryi jest czasem kurcz mięśnia Brückego, jak to prof. Gałęzowski wykazał. W innych narządach zmysłowych napotykamy u naszego chorego: znaczne przytępienie słuchu, węchu i zupełną utratę smaku. Wreszcie nadmienić należy o całkowitém znieczuleniu błony śluzowéj gardła.

Zanim przystąpimy do szczegółowego omówienia rozpoznania w tym przypadku, przytoczmy jeszcze dwa przypadki, które bardzo są podobne do przypadku właśnie co opisanego.

Dorożkarz, lat 26 liczący, podaje, że matka i siostra okazują objawy choroby nerwowéj (napady kurczów). W 7ym roku życia spadł z piątego piętra, skutkiem czego powstało u niego skrzywienie stosu pacierzowego. Przed dwoma laty spadając z kozła dorożki uderzył swym barkiem lewym o bruk ulicy. Chory nie utracił przytomności, a jakkolwiek bark był nieco obrzmiały i bolesny, ruchy odnogi górnéj lewéj były nieznacznie upośledzone. W 6 dni późniéj zrana po obudzeniu się zauważył, że odnogą górną lewą nie może wcale władać i że tylko palcami może z trudnością poruszać, a następnie przekonał się, że utracił także czucie w téj odnodze. Porażenie to, mimo zabiegów lekarskich, dotychczas nie ustąpiło. Obecnie stwierdzamy u chorego: porażenie wszystkich mięśni odnogi górnéj lewéj z wyjątkiem mięśni palców, znieczulenie powierzchowne i głębokie (z wyjątkiem palców i dłoni) sięgające do linii określonéj w pierwszym naszym przypadku, zniesienie czucia mięśniowego, prawidłowe zachowanie się mięśni względem prądu elektrycznego, ścieśnienie pola widzenia po stronie lewéj, podwójne widzenie okiem lewém, makropsyę (ołówek trzymany w bliskości oka przedstawia się choremu jako bardzo gruby), mikropsyę (ten sam ołówek w odległości 15cm. okazuje się być o wiele cieńszym niż w rzeczywistości), przytępienie słuchu i węchu, zniesienie smaku i znieczulenie błony śluzowéj gardła.

Mularz, lat 19 liczący, pochodzący z rodziny dziedzi-

cznie obciążonéj, przebył przed 3ma laty gościec stawowy, w następstwie którego rozwinęła się niedomykalność zastawek aorty. Przed dwoma laty upadł z wysokości 2 metrów, bezpośrednio poczém utracił przytomność na kilka minut. W 3 dni po tym wypadku zauważył chory niedowład w ręce lewéj, który potęgując się z każdym dniem zamienił się po 22ch dniach w zupełne porażenie. Porażenie to przedstawia dziś takie same cechy, jakie opisaliśmy w przypadku pierwszym. W sferze zmysłowéj napotykamy również podobne objawy jak u chorych poprzednich. Nadto chory ten okazuje jeszcze jeden objaw, a mianowicie dyschromatopsyję. Na obecność objawu tego w histeryi zwrócił uwagę prof. Gałęzowski. Jak wiadomo w stanie prawidłowym nie wszystkie części siatkówki jednakowo odczuwają barwy. I tak zewnętrzne części siatkówki nie są w stanie odróżnić barwy fijołkowéj, zielonéj lub czerwonéj, lecz odczuwają tylko barwę żółtą lub niebieską. Innemi słowy wyrażamy się, że pole widzenia dla barwy niebieskiéj jest najobszerniejsze, szczuplejsze dla barwy żółtéj, następnie dla barwy czerwonéj i zielonéj a najszczuplejsze dla barwy fijołkowéj, którą odczuwać mogą tylko najwięcéj środkowe części siatkówki. W niedowidzeniu histerycznêm pola te ścieśniają się dośrodkowo i to czasem tak znacznie, że pole widzenia dla barwy fijołkowéj zmniejsza się aż do zera. W tym razie chory traci poczucie barwy fijołkowéj. To samo stać się może z polem widzenia dla barwy zielonéj, czerwonéj a nawet żółtej i niebieskiéj, a wtedy chory nie rozpoznaje żadnéj barwy, lecz widzi przedmioty jak na fotografii (achromatopsyja). Badanie w tym kierunku przedsięwzięte wykazuje u naszego chorego tę dosyć rzadką nieprawidłowość, że pole widzenia dla barwy czerwonéj jest w jego oku lewém o wiele obszerniejsze, niż pole dla barwy niebieskiéj.

Jak już wspomnieliśmy, porażenie odnogi górnéj w przypadku pierwszym jest niewątpliwie porażeniem czynnościowém, a według wszelkiego prawdopodobieństwa porażeniem histerycznêm. To samo powiedzieć także możemy o powyższych dwóch przypadkach. Zważywszy zaś, że w przypadkach tych wszystkich na powstanie porażenia wpłynął niechybnie uraz doznany, możemy sformułować nasze rozpoznanie w słowach: *Monoplegia brachialis hystero traumatica*.

Mógłby jednak ktoś zarzucić, że rozpoznanie to nie jest słusznem i orzec, że jakkolwiek mamy tu do czynienia z histeryją i porażeniem czynnościowém, to przecież porażenie u naszych chorych nie jest porażeniem histerycznêm, lecz porażeniem czynnościowém u osób histerycznych, czyli innemi słowy, że istnieją tu dwie oddzielne choroby. Albo, co więcéj, mógłby ktoś twierdzić, że chorzy nasi nie okazują wcale histeryi, lecz że cierpienie ich pojmować należy jako *Railway-spine*, lub też nawet jako chorobę dla nas zupełnie nową a przypominającą przypadki opisane przez Oppenheima i Thomsena (*Archiv f. Psych.*, T. XV). Autorowie ci bowiem spostrzegali niemal zupełnie podobne objawy, jakie nasi chorzy przedstawiają (znieczulenia połowicze i zmiany w zmysłach), u osób, które doznały wstrząśnienia skutkiem urazu. Po wykluczeniu zmian organicznych i histeryi przypuścili wspomniani autorowie, że w przypadkach przez siebie spostrzeganych rozchodzi się o chorobę dotychczas jeszcze nieznaną. W obec tego winniśmy się starać uzasadnić gruntowniéj nasze rozpoznanie. W tym celu określmy przedewszystkiém rolę, jaką mógł odegrać uraz u naszych chorych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że uraz nie działał tu jako bodziec mechaniczny przez wstrząśnienie układu nerwowego i wywołanie w niém pewnych zmian molekularnych, lecz że wpłynął tylko gwałtownie na umysł chorego czyli że uraz działał tu jako czynnik psychiczny, dając powód do wytworzenia się pewnego wyobrażenia, pewnéj myśli. Myśl ta rozwinąwszy się z ogromną siłą w umyśle chorego, krystalizuje niejako i impregnuje się w komórkach zwojowych kory mózgowéj i osiedla się w nich z taką mocą, że w zwykłych warunkach nie łatwo wyłonić się może myśl przeciwna równéj siły, którąby mogła ją wyprzeć i wyrugować z opanowanéj siedziby. Podobny akt psychiczny odbywa się u osób zahypnotyzowanych w pewnym okresie. Jak wiadomo rozróżniamy trzy okresy hypnotyzmu. Pierwszy okres zwany okresem somnambulicznym odznacza się tém, że uśpioną jest tylko świadomość siebie, zmysły zaś przyjmować jeszcze mogą wszystkie wrażenia ze świata zewnętrznego. W tym okresie można u osoby zahypnotyzowanéj obudzić pewną grupę wyobrażeń, jużto za pośrednictwem słowa, gestu itp. czyli jak się wyrażamy, można jéj poddać pewną myśl (*suggerer, suggestion mentale*), która tak silnie utkwić może w umyśle, że objawić się może na zewnątrz u odpowiedniéj postaci. Drugi okres nazywamy okresem kataleptycznym, cechuje się zaś współudziałem zmysłów w uśpieniu z wyjątkiem czucia mięśniowego. W tym okresie możemy wpływać na umysł osoby zahypnotyzowanéj jedynie tylko przez nadanie jéj członkom odpowiedniéj postawy. I tak np. jeżeli dotyczącéj osobie złożymy ręce do modlitwy, to wkrótce przybiera jéj twarz wyraz błagalny, gdy jéj jednak rękę zaciśniemy w pięść, zmieni się zaraz jéj łagodny wyraz twarzy na wyraz groźny, wyzywający. W trzecim okresie, zwanym okresem letargicznym lub hypnotyzmem wielkim jest odrętwienie władz psychicznych tak znaczne, że nie podobna żadną miarą obudzić jakiegokolwiek wyobrażenia. Ze względu, że okres pierwszy hypnotyzmu jest okresem, w którym najłatwiéj obudzić można dowolną grupę wyobrażeń, zużytkujmy go do doświadczeń klinicznych i starajmy się osobom zahypnotyzowanym poddać myśl, że ich odnoga górna jest porażoną. Cel tych doświadczeń jest jasny. Przez porównanie bowiem objawów wywołanych doświadczalnie z objawami obserwowanemi u naszych chorych możemy rozstrzygnąć, czy i o ile rozpoznanie powyższe jest słusznêm.

Otóż doświadczenia u różnych histerycznych osób w tym kierunku przedsięwzięte i demonstrowane na wykładach przez prof. Charcota wykazały najdobitniéj, że objawy sztucznie wywołane nie różnią się co do najdrobniejszych szczegółów od objawów opisanych u naszych chorych. Osoby zahypnotyzowane usłyszawszy kilkakrotnie słowa tonem przekonywającym do nich wypowiedziane, że ręka ich jest zupełnie porażoną, okazywały: porażenie mięśni odnogi górnéj, znieczulenie zupełne skóry, sięgające do linii w pierwszym przypadku określonéj, znieczulenie stawów, mięśni i ścięgien, wiotkość stawów i utratę czucia mięśniowego. Co ważniejsza tego samego rodzaju porażenie u osób zahypnotyzowanych wywołać można było w sposób analogiczny do sposobu, w jaki powstało porażenie u naszych chorych, to jest za pośrednictwem urazu. Uderzywszy osobę zahypnotyzowaną ręką dość silnie w łopatkę, przekonać się możemy, że chora, wydawszy krzyk i zapytawszy się, co się stało, nie może władać odnogą górną i że w niéj utraciła czucie, a szczegółowe badanie wykazuje wszystkie cechy porażenia tylekroć już wzmiankowane. Porażenie to sztucznie wywołane ustępuje w chwili, gdy choréj poddajemy myśl, że ręka jéj nie jest już

porażoną i skoro wykonywając ruchy bierne odnogą porażoną, zachęcimy chorą do poruszania ręką.

Jak widzimy doświadczenia te udowadniają wymownie słuszność naszego rozpoznania, a co więcéj przy ich pomocy mogliśmy poznać bliżéj sposób, w jaki rozwinęło się porażenie u naszych chorych. Nie ulega bowiem wątpliwości, że uraz wzbudził u naszych chorych przerażającą myśl, że ręka ich została skutkiem doznanego uderzenia porażoną (*autosuggestion*). Myśl ta skrystalizowała niejako w umyśle chorych i ujawniła się na zewnątrz rzeczywistém porażeniem o cechach klinicznych dostatecznie już skreślonych.

W końcu wspomnę jeszcze w kilku słowach o przypadku obserwowanym ostatniemi dniami w jego prywatnéj klinice przez prof. Charcota. Przypadek ten dotyczył chłopca kilkunastuletniego, u którego po upadnięciu na dłoń powstało porażenie ruchów palców i ruchów w stawie nadgarstkowym oraz znieczulenie skóry, sięgające do linii okalającéj staw nadgarstkowy i zniesienie czucia mięśniowego w ręce. U osób zahypnotyzowanych można było wywołać tego samego rodzaju porażenie przez forsowne zgięcie ręki w stawie nadgarstkowym ku grzbietowi. W obec tego w przypadku powyższym rozpoznanie brzmi niewątpliwie: *Monoplegia hysterotraumatica partialis.*

II. Przyczynek do zachowawczego leczenia przewlekłych zapaleń stawowych.

Podał
Dr. Stanisław Cięglewicz (w Jaśle).

Oddając hołd znakomitemu postępowi chirurgii operacyjnéj w ostatnim czasie, korzystać przecież powinniśmy z doświadczeń uzyskanych na polu zachowawczego leczenia chirurgicznego. W szczególności mam tu na myśli leczenie za pomocą azotanu srebrowego przewlekłych chorób stawów połączonych z przetoką, które jako swój sposób podał w *Wiener Klinik* z r. 1886 Dr. I. Rabl. Przyznam się, że z wielkiém niedowierzaniem czytałem ustęp w jego rozprawie „*Zur Behandlung der scrophulösen Leiden*,“ gdzie powiada, że za pomocą swojego sposobu wyleczył bardzo wiele gruźliczych chorób stawowych z przetokami połączonych, a między temi nie mało było takich, w których myślano już o odjęciu odnogi. Rabl poleca wkładanie całych kawałków lapisu do otwartéj przetoki, a wprowadziwszy go jak można najgłębiéj, pozostawić go przez 3—4 dni, przytkawszy otwór u wierzchu watą, aby lapis nie wypłynął, gdy się w jamie rozpuści. Watę tę należy tak samo jak i skórę w najbliższém otoczeniu przetoki tłuszczem słonym posmarować, a to w tym celu, aby uniknąć bolesnego spieczenia skóry od wypłynąć mogącego roztworu lapisu. Dodatnie działanie postępowania tego polega na tém, że lapis rozpuściwszy się niszczy grzybowate ziarniny w zatoce lub w stawie chorym się znajdujące, łącząc się chemicznie z białkiem tychże i tworząc białkan srebrowy. Temu samemu losowi ulegają i prątki, jeżeli takowe jako przyczyna choroby w stawie chorym się znajdują. Obawa nie zachodzi, aby i części zdrowe stawu zostały działaniem lapisu zarówno dotknięte, albowiem podczas gdy lapis bardzo łatwo przenika chore ziarniny, to w zdrowéj tkaninie wytwarza tylko powierzchowny strup, który jest ochroną dla zdrowych części głębszych przeciw dalszemu żrącemu działaniu.

Leczenie to stosowałem dotąd w jednym przypadku, a rezultat jego pomyślny ogłaszam niniejszém w celu zachęcenia do téj metody, przy któréj bądźcobądź chory nic nie ryzykuje, a zyskać może bardzo wiele. Przedewszystkiém ma ona to za sobą, że każdy lekarz, choć nie chirurg z zawodu, stosować ją może u siebie w domu; daléj, że chory staw tą metodą wyleczony pozostaje w swojéj budowie i w swoich funkcyjach nienaruszonym. Z drugiéj strony rozważając operacyje z przyczyny chorób stawowych dokonywane, przyznać musimy, iż operacyją nienaruszającą stawu w jego składzie jest tylko wyłyżeczkowanie, wypiłowanie nie zawsze daje rękojmię, że wszystkie ruchy czynne i bierne będą możliwe w operowanym stawie, jestto nadto zabieg, który nawet przy dzisiejszym stanie chirurgii uważać trzeba za niebezpieczny, mogący pośrednio lub bezpośrednio zagrozić życiu chorego. Przytém zauważyć należy, że nawet wypiłowanie nie zawsze w tych chorobach jest możebném, ileżto bowiem razy z powodu choroby stawu trzeba odjąć odnogę. Zastrzegam się tutaj uroczyście, iż nie identyfikuję rezultatów osiągniętych za pomocą operacyi co do doszczętnego usunięcia gniazda chorobowego z metodą dopieroco opisaną, w każdym jednak razie warto w odpowiednich przypadkach przed przedsięwzięciem większéj operacyi spróbować stosowania powyższéj metody. Rabl wypowiada zdanie, że w obec sprawy zołzowéj, czyto w stawie, czy w kości u młodych, zawsze powinno się próbować leczenia lapisem, a amputować tylko wtenczas, jeśli leczenie to zawodzi, a gorączka i utrata soków żywotnych do tego uprawniają.

Przypadek mój dotyczy Walentego O., praktykanta ze sklepu korzennego w Jaśle. Chory liczy obecnie 20 lat, pochodzi ze stanu włościańskiego, rodzice jego zdrowi żyją do dziś dnia. Przed dwoma laty chorował na bóle w okolicy żołądka, połączone z wzdęciem całego brzucha i codziennemi wymiotami. Cierpienie to trwało kilka miesięcy, a ustąpiło przy użyciu pokarmów mlecznych i używaniu bismutu. Późniéj zapadał często na nieżyty płucowe, raz czy dwa razy odpluwał krew. Obecna choroba w kolanie prawém datuje się od mniéj lub więcéj czterech lat, chory nie umie oznaczyć przyczyny jéj powstania. Zaczęła się od bólu podczas chodzenia i wyraźnego obrzmienia stawu, od tego czasu kolano to nigdy już zdrowém nie było, chory czasem więcéj, czasem mniéj, ale zawsze utykał na tę nogę. Niewiele widać jednak wagi do tego przywięzywał, skoro dopiero w kwietniu z. r. po raz pierwszy zasięgnął méj porady, kolano wtenczas było nieregularnie obrzmiałe, o 6 cm. grubsze od zdrowego, obrzmienie występowało przeważnie po bokach i w górnéj części z przodu. Jego ciepłota w porównaniu z resztą ciała znacznie podniesiona. Po stronie zewnętrznéj jest miejsce więcéj nad powierzchnię wyniesione wielkości 4 cm., zdradzające w głębi niewyraźne chełbotanie. Chory jakkolwiek chodzi, skarży się jednak na ból w całém kolanie tak przy staniu jak i chodzeniu, wygląda codzień to gorzéj, utracił bowiem łaknienie od pewnego czasu zupełnie. Radziłem wtenczas jego przełożonemu, aby go posłał na operacyję do Krakowa, co jednak nastąpiło dopiero w czerwcu z. r., gdy powyż opisane chełboczące miejsce się otworzyło, sącząc ze siebie skąpą blado-żółtawą wydzielinę, a sonda wprowadzona wykazała głębokie zajęcie stawu i jego chrząstek, ziarniny zaś białawo-szare okazywały wyraźnie grzybowatą naturę. Ból w kolanie i utrudnione chodzenie dodały choremu odwagi, ile że się spodziewał, iż w skutek operacyi nogi nie utraci. W kilka dni po jego wyjeździe zawezwany ze zdziwieniem zastaję chłopaka w domu już z powrotem, płaczą-

cego na bóle w nodze i nad swoją dolą. Powiada, że był w Krakowie, lecz że tam po gruntownem zbadaniu nie zaręczono mu, czy przy operacyi nogi nie utraci, dla tego w żaden sposób nie decyduje się na operacyję i woli już tak umierać. Przełożony jego wśród tych okoliczności prosił mnie koniecznie o leczenie, postanowiłem też korzystać ze sposobu przez R. podanego, nie obiecując sobie wszakże przy tém zajęciu stawu żadnego rezultatu.

Leczenie rozpocząłem w polowie lipca, trzymając się ściśle powyżéj podanego sposobu. Wprowadzając pierwszy raz lapis zwyczajnéj grubości a $2^1/_2$ cm. długości w przetokę i utopiwszy go niejako w tém trzęsawisku galaretowatych wyrośli, z niepokojem i ciekawością wyglądałem dnia 4go, w którym go można będzie oglądać. Oddaliwszy w tym dniu opatrunek (składający się z kulki waty tłuszczem słonym napuszczonéj, na to większego kawałka waty antiseptycznéj i opaski organtynowéj) zobaczyłem w głębi przetoki okrągławy, zbity, ciemny zwit, który za pociśnięciem dwóch przeciwległych brzegów przetoki powoli wydobył się ku górze. Długość jego równała się mniéj lub więcéj wprowadzonemu lapisowi, grubość jego jednak była dwa razy tak wielką, za pociśnięciem łatwo w palcach rozgnieść go można było. Oddziaływanie z powodu tego zabiegu ze strony chorego prawie żadne: pierwszą noc tylko nie spał, skarżąc się na bóle choć nie bardzo silne w kolanie, następnie miał się już zupełnie dobrze, pozostając naturalnie ciągle w łóżku. Stan przetoki dziś taki sam jak i przedtém. Obawiając się większego oddziaływania ze strony chorego stawu, postanowiłem postępowanie z lapisem co 5 dni ponawiać, zatém w dniu tym (4tym) posypawszy tylko z wierzchu ranę jodoformem, opatrzyłem ją jak zwykle. Następnego dnia wprowadzenie świeżego lapisu, po 4ch dniach wydobycie zwitu i opatrzenie jodoformem. Po upływie miesiąca wśród tego leczenia nabrałem przekonania, że zabieg ten nie będzie daremnym. Przetoka coraz to więcéj pozbywała się brzydkich szarych granulacyj, a coraz to widoczniejszemi stawały się w niéj zdrowe ziarniny czerwone, wydzielina śluzowa coraz to skąpszą, wyraźny otwór przetoki okazuje, iż ona coraz więcéj się wypełnia. Dla dokładności dodaję, że przekonawszy się o dwóch kierunkach przetoki, wprowadzałem lapis raz w jednę, raz w drugą stronę. W miarę, jak to postępowanie stan miejscowy polepszało, stawało się ono tém boleśniejszém dla chorego, zawsze jednak tylko w pierwszéj dobie. Po dwumiesięcznem leczeniu tym sposobem rezultat osiągnięty był nader zadowalającym. Ponieważ teraz zdrowe ziarniny w zupełności wypełniały przetokę, ograniczyłem leczenie do przysypywania ranki jodoformem co 2gi dzień, albowiem wydzieliny już żadnéj nie było, a zmieniając opatrunek widziałem watę zupełnie czystą. Naturalnie tak teraz jak i przez cały przeciąg dawniejszego leczenia chory pozostaje w łóżku. Po 10ciu dniach rana zamknęła się w zupełności, kolano sklęsło znacznie po bokach: różnica w grubości chorego kolana w porównaniu ze zdrowém wynosi zaledwie 1 cm., tylko od góry utrzymuje się zgrubienie choć w mniejszym stopniu niż poprzednio. Założywszy teraz na nogę opaskę gumową Martina, wypuściłem chorego z łóżka, w którém leżąc blizko 70 dni, mimo dobrego pożywienia bardzo przymizerniał.

Chory chodzi obecnie, może nawet prędko biegać, w sklepie jest na nogach dzień cały nie czując bólu ani zmęczenia, tylko gdy skoczy, czuje ból chwilowy w tym stawie. Opaskę nosi ciągle. Wejrzenie jego poprzednio nędzne poprawiło się znakomicie, gorączka ustąpiwszy w pierwszym miesiącu leczenia, już więcéj dotąd nie powróciła.

Oto wierny obraz zrobionego spostrzeżenia; nie twierdzę, że leczenie przedsięwzięte zastąpiło w zupełności operacyję, któréj sam choremu doradzałem, wierzyć jednak muszę, iż ono przywróciło mu względne zdrowie i zdolność do pracy, a w danych okolicznościach uratowało mu życie, albowiem nie chcąc poddać się operacyi, byłby musiał być pozostawionym swojemu losowi, który nietrudno oznaczyć w obec tak daleko posuniętéj choroby jednego z najważniejszych stawów.

III. Oceny i sprawozdania.

Pedyjatryja.

Prof. Soltmann: **O podawaniu fosforu.**

Od paru lat wre walka między zwolennikami a przeciwnikami metody Kassowitza, leczenia krzywicy fosforem. Soltmann stara się przekonać w niniejszym artykule, iż głównym powodem rozmaitości zdań jest złe przyrządzanie leku. Raudnitz zarzuca, że fosfor źle się w tłuszczach rozpuszcza, że dobre skutki, które spostrzegano w leczeniu krzywicy z użycia mięszaniny fosforu z tranem, należy przypisać wyłącznie działaniu tranu, że wreszcie wiek dziecięcy roślinnych tłuszczów nie znosi; w końcu zaś poleca, jako najstósowniejszy objemiec dla fosforu wodę z dwusiarczkiem węgla (woda fosforowa Hasterlika). Soltmann robiąc próby co do rozpuszczalności fosforu, dochodzi do następnych wyników:

W wyskoku rozpuszcza się fosfor w małéj ilości i łatwo się osadza; w wodzie z dwusiarczkiem węgla (Hasterlika) osadza się w znacznéj i to niezawsze jednakiéj ilości, a nader niemiła woń i smak téj wody do używania stanowczo jéj nie zaleca. Fosfor rozpuszczony w oliwie, oleju, olejku migdałowym, jest zdaniem S., jedynie odpowiednim do użycia. Że zaś dotychczasowe próby wykazały również niejednostajność w rozpuszczaniu się fosforu, winą jest: nieumiejętne przyrządzanie leku. Fosfor rozpuszczony (według lekospisu niem.) w stosunku 1:80 wydziela się w rzeczy samej już po kilku dniach, ogrzewany w nadmiernéj ciepłocie ulatnia się zupełnie, leczenie więc takiemi przetworami nie osiąga skutku. Jako wypróbowany sposób rozpuszczania fosforu podaje S. następujący: Dwa decigramy (0·20) dobrze osuszonego fosforu wsypuje się od kolbki ze 100 grm. olejku migdałowego, mięszaninę ogrzewa zwolna w kąpieli parowéj, aż do zupełnego rozpuszczenia fosforu. Z takiego roztworu nie wydzieli się fosfor nigdy. Zapisując więc np. Rp. *Phosphori* 0·01, *Ol. jecor. asell.* 100·00, DS. łyżeczkę dziennie, lub w zawiesinie: Rp. *Phosphori* 0·01, *Ol. amygd.* 10·00, *Aq. destill.* 80·00, *G. arab.* 10·00, *M. f. emulsio.* S. łyżeczkę dziennie, bierze aptekarz z powyżéj opisanego zapasu 5·00, dodając 95·00 tranu. Na téj podstawie zaprzeczał zapewne Kassowitz pogłoskom o niedokładności rozpuszczania się fosforu w tłuszczach i w ten sposób od początku lek ten z dobrym skutkiem podawał. Soltmann żąda, aby przyjęto do lekospisu olej fosforowy w stosunku 1:500 i sądzi, że przy dokładném przyrządzaniu tego środka przeciwnicy leczenia fosforem staną się jego zwolennikami. (*Breslauer aerztl. Zft.* Nr. 6, 1887).

Dr. Murdzieński.

Chirurgija.

Paweł Wagner: **Przyczynek do kazuistyki tężca w odmrożeniach miejscowych.**

W pracy dotyczącéj tego przedmiotu doszedł Gü-

terbock do przekonania, że odmrożenia odgrywają małą rolę pod względem etyjologii tężca. Doświadczenia poczynione w klinice lipskiéj wykazują natomiast na 164 przypadków odmrożeń 5 (3·4%) powikłań tężcem. Z liczby chorych dotkniętych tężcem w przeciągu $7\frac{1}{4}$ lat trzecia część chorych ($33\frac{1}{3}$%) była dotkniętą miejscowemi odmrożeniami. Pięć przypadków wyjątkowo zakończyło się śmiercią; dotyczyły one mężczyzn w wieku od 20—60 lat z odmrożeniami 2go, 4go i 5go stopnia palców rąk i nóg. (Tylko najcięższe przypadki odmrożeń odnóg dolnych bywają, według Güterbocka, powikłane tężcem). Tężec występował zazwyczaj między 4 a 30 dniem po odmrożeniu (w przypadkach Güterbocka między 4—18). Przy nekroskopii napotykano wybroczyny w osierdziu, śródsierdziu, opłucnéj i w utkaniu śródpiersiowém. Wybroczyny te, jak również hemoglobinuryję, która wystąpiła w jednym przypadku na 2 dni przed śmiercią, uważa autor za dowody przyrody zakaźnéj tężca. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, XXIII, 5 i 6, 1886, str. 542).

Dr. Bargcz.

Medycyna wewnętrzna.

Fürbringer: **O leczeniu poronném duru brzusznego za pomocą naftaliny i kalomelu.**

Prof. F. zachęcony doświadczeniem Dra Götza, który przed 2 laty używał naftaliny w durze brzusznym, podjął szereg doświadczeń nad tym środkiem, lecz doszedł do innych niż Götz rezultatów. Badania te były robione na 50 chorych, z których połowa używała naftaliny, druga zaś leczona była wyczekująco z dodatkiem w razie potrzeby letnich kąpieli o ciepłocie 26R., zniżając do 22R., skoro gorączka przechodziła 40°C. Zwykle zacząwszy od 2go dnia a nie późniéj niż w 4ym (po przyjęciu do szpitala) chorzy tacy brali już naftalinę, dawka leku tego wynosiła na dzień co najwięcéj 5 grm., a w niektórych przypadkach tylko 4 lub 3 grm. Dni gorączkowych przy leczeniu naftaliną było 24, a przy łagodnych kąpielach tylko 16, okres zaś zdrowienia wynosił w pierwszym przypadku 21 dni, w drugim zaś tylko 17, tak że średnio chorzy zostawali w szpitalu przy leczeniu naftaliną 45 dni, przy drugiéj metodzie 33 dni; ciężkich powikłań w pierwszym razie było 5, w drugim razie 2, powrotu choroby 4 i 0, wypadków śmierci 4 i 1. Już z tego wnosić można, że naftalina nie ma własności chronienia chorych od ciężkich powikłań i powrotu choroby, a śmiertelności wcale nie zmniejsza. Jak z jednéj strony naftalina nic nie pomaga, tak téż i nie szkodzi, a w tych przypadkach, w których chorym podawano naftalinę, nie było ani wymiotów, ani parcia na mocz lub zatrzymania moczu. Że naftalina nie może obniżyć gorączki, to już i Götze potwierdza. Prof. F. poddawał bakteryjologicznym badaniom stolce tyfusowych i okazało się, że na 1 mgrm. kału przypada 120.000 bakteryj tyfusowych w zwykłym durze, a 90.000 w durze leczonym naftaliną. W 2 zaś hodowlach bakteryj z kału wziętych znalazł przypadkowo duże kolonije prątków tyfusowych ze wszystkiemi im właściwemi przymiotami. Poddając zaś te bakteryje działaniu $\frac{1}{2}$-procentowego rozczynu kw. karbolowego przekonał się F., że w przeciągu 30 sekund do 1 minuty rozczyn ten zabijał wszystkie bakteryje z wyjątkiem prątków tyfusowych, które w rozczynie nawet 1% żyły, gdy tymczasem rozczyn naftaliny nietylko nie zabija tych, lecz zostawia nawet przy życiu o wiele delikatniejsze bakteryje.

Co do działania kalomelu w przebiegu duru, to dawniejszy zachwyt ustępuje miejsca zupełnéj negacyi skuteczności tego środka. Z ostatniéj obszerniejszéj pracy nad durem prof. Weila można się przekonać, że ze 109 przypadków 59 przypadków leczonych kalomelem wydało wynik o wiele gorszy, niż przypadki, w których kalomelu nie podawano. Toż samo twierdzi prof. F. z długoletnich obserwacyj w klinice prof. Friedreicha. Tylko w pracy O. Betza (*Mittheil. aus d. Tübinger Poliklinik* 1886) obejmującéj 220 przypadków duru brzusznego jest pocieszający wynik, bo na 24 przypadków duru leczonego kalomelem 11 skończyło się poronnie. Jedno tylko przyznać można kalomelowi, że nieraz obniża ciepłotę o 2C. i obniżenie to zwykle trwa cały dzień. Jako przyczynę tego obniżenia ciepłoty zwykle podawano: 1) prędkie wydalenie z kiszek zarazka, 2) dezinfekcyję kiszek przez powstały sublimat, 3) wchłonienie przez kiszki sublimatu i działanie tegoż na cały organizm. Tymczasem co do 1go F. podaje, że nie zależy to od prędkiego wydalenia zarazka, bo nieraz silne skutki kalomelu idą w parze ze znacznie podniesioną ciepłotą, a olejek rącznikowy chociaż równie dobre skutki sprowadza, nie obniża tak ciepłoty. Co do 2go punktu, to badanie bakteryjologiczne wykazało, że w stolcach w durze nieleczonym na mgrm. kału przypada 127.000 bakteryj, gdy tymczasem w stolcach po kalomelu bywa ich 81.000 i te bakteryj, które łatwo obumierają nawet pod działaniem 1% rozczynu kw. karbolowego. Prątki zaś tyfusowe nie giną w stolcach kalomelowych, nie można więc przypisać kalomelowi dokładnéj dezinfekcyi kiszek. Że sublimat będąc w takiém rozcieńczeniu, w jakiém się znajduje w kiszkach, nie może żadnego ogólnego działania wywołać, tego nie potrzeba wcale dowodzić. Możemy tylko przypuścić, że sublimat może niszczyć tylko produkty rozkładowe, jak fermenty i ptomainy, ale na same prątki tyfusowe nie wywiera żadnego działania. Dopóki nie znamy środka swoistego przeciw tyfusowi, dopóty jedynie racyjonalném leczeniem duru może być metoda wyczekująca połączona z łagodnemi kąpielami, stosowne pożywienie, a w razie potrzeby środki podniecające. (*Deutsch. med. Wochschr.* 1887 Nr. 11, 12 i 13).

Dr. J. Surzycki.

Choroby nerwowe.

Tomaszewski: **O udziale kory mozgowéj w powstawaniu napadów padaczkowych.**

T. przyłączając się do zwolenników korowego pochodzenia padaczki cytuje doświadczenia Rosenbacha, przedsięwzięte na mózgach psów przy użyciu prądu indukcyjnego a wykazujące, że podrażnienie pierwszego lepszego miejsca powierzchni mózgowéj prądem dość mocnym sprowadzało drgawki; najsłabszego jednak prądu wymagało podrażnienie okręgów ruchowych. Drgawki pojawiały się zrazu w mięśniach zależnych od ośrodków podrażnionych a przechodziły następnie na mięśnie zależne od ośrodków sąsiednich. Gdy podrażniono miejsce przyległe do ośrodków ruchowych, pojawiały się drgawki w kilku odnogach, a jeżeli nadto prąd wzmocniono, występowały drgawki całego ciała. Gdy okręgi ruchowe jednéj półkuli mózgu zniszczono, podrażnienie reszty okręgów nieruchowych téjże półkuli nie sprowadzało drgawek, podrażnienie natomiast płatu potylicowego przeciwnéj półkuli sprowadzało po stronie mózgu operowanego drgawki. Gdy korę mózgową, odpowiadającą okręgom ruchowym, usunięto, a podrażniono istotę białą, to już przy słabym prądzie pojawiały się drgawki, które atoli ustawały z chwilą odejmowania elektrod, gdy przy drażnieniu kory w tém miejscu drgawki powstałe utrzymywały się jeszcze jakiś czas po odjęciu elektrod. Gdy podrażnienie okręgu ruchowego kory wywoływało drgawki częściowe, z których ogólne dopiero powstawały,

to podrażnienie istoty białéj mózgu przy bardzo mocnym prądzie sprowadzało drgawki ogólne, wtenczas gdy ubytek kory był nieznaczny. Doświadczenia te doprowadziły R. do następujących wniosków:

1) Drgawki wywołane drażnieniem kory psów, są następstwem pobudzenia ośrodków ruchowych kory, a są najwięcéj podobne do padaczki korowéj i do padaczki idyjopatycznéj u człowieka. 2) Padaczka korowa i idyjopatyczna nie różnią się pod względem patogenetycznym, jedynie tylko ze względu na przebieg oraz i z tego powodu, że padaczka korowa jest objawem i wynikiem organicznéj choroby mózgu. 3) Napady drgawkowe padaczki idyjopatycznéj, jak również i napady *petit mal*, wynikają z pierwotnego pobudzenia chorobowego kory mózgowéj. 4) Odmienny obraz kliniczny padaczki zależy głównie od rodzaju i stopnia szerzenia chorobowego pobudzenia kory, wywołującego napad padaczkowy. 5) Teoryja wskazująca rdzeń przedłużony i most jako ośrodki padaczki, nie tłumaczy objawów klinicznych padaczki. (*Virchow Archiv.* T. 97, str. 409).

T. obserwował epileptyka przez lat 7, który przyprowadzony do szpitala, przedstawiał połowicze porażenie lewéj połowy ciała, obok zaniku mięśni téjże połowy ciała i odruchów zwiększonych, a nadto stężenie stawów odnogi górnéj. Napady padaczkowe pojawiały się w odstępach czasu co dwa tygodnie, czasem częściéj a niekiedy napady te były liczne, mające cechę napadu typowego idyjopatycznego. Napad rozpoczynał się od krzyku, nagléj utraty przytomności, zrazu od tonicznych, potém klonicznych drgawek, po których następował sen głęboki. Zauważyć można było wśród napadu, że drgawki tak toniczne, jak i kloniczne były niejednakowe w obu połowach ciała, występowały jednak równocześnie w całém ciele, a nie zwolna, czém właśnie różniły się od padaczki Jacksona. Drgawki toniczne i kloniczne omijały lewą odnogę górną, natomiast były wyraźne drgania mięśni, niemające cechy padaczkowych drgawek, lub podczas okresu drgawek tonicznych pojawiały się drgania kloniczne.

Gdy chory po 7u latach zmarł z gnilca, wykazała sekcyja na prawéj półkuli mózgu na zwojach przyległych do rowka Rolanda liczne nieregularne, owalne dołki, przedstawiające się jako zanik istoty korowéj mózgu. Mniéj lub więcéj na wysokości połowy rowku Rolanda były szczyty zwojów, jakoteż powierzchnie do rowka zwrócone, zmacerowane, istota mózgu zniszczona, jakby nadżarta; na przekroju okazywał się zanik zupełny szaréj istoty, biała istota ogołocona a miejscami rozmiękła. Reszta mózgu przedstawiała się prawidłowo, z wyjątkiem tylnéj części drugiego zwoju czołowego lewego, gdzie guz wielkości orzecha laskowego ponad powierzchnię mózgu się wznosił; guz ten zbitości kauczuku, barwy blado-żółtéj, nie okazywał istoty szaréj ani śladu.

Z obserwacyi klinicznéj oraz wyniku sekcyi wyprowadził T. następujące wnioski: 1) Spastyczna hemiplegija lewéj połowy ciała zależy od zmian chorobowych powstałych w okręgach ruchowych prawéj półkuli mózgu, które właśnie w tych miejscach były zniszczone, gdzie ośrodki ruchowe dla odnogi górnéj się znajdują, ośrodki zaś ruchowe dla odnogi dolnéj były tylko wyraźnie zanikłe. 2) W pojęciu korowego pochodzenia padaczki okręgi ruchowe kory mózgowéj muszą być nienaruszone, to też chorobowe zmiany półkuli prawéj tłumaczą objawy podczas napadu samego spostrzegane; doświadczenia bowiem Luciana i Rosenbacha wykazały, że zniszczenie pewnego ośrodka korowego wyłącza mięśnie od tegoż ośrodka zależne z ogólnych drgawek. Podobnie spostrzegał T. w swoim przypadku, gdzie wśród ogólnego napadu padaczki w odnodze górnéj występowały drgania mięśni niepodobne do padaczkowych, objaw mający podobieństwo do doświadczenia Rosenbacha, który drażniąc ogołoconą od kory istotę białą wywołał drganie mięśni, trwające tak długo, jak długo je drażniono. W przypadku obserwowanym wykazała sekcyja istotę białą w pobliżu ośrodków ruchowych dla odnogi górnéj ogołoconą, dla tego odnoga ta nie brała udziału w ogólnych drgawkach, atoli odpowiadała pojedynczemi drganiami na bodźce mechaniczne ogólne i miejscowe. 3) Pobudzenie kory mózgowéj i pochodzące ztąd objawy napadu padaczkowego przypisać należy guzowi. (*St. Petersburger medicinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 12). *Dr. Żuławski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.

IV zwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 12 marca 1887.

Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 21.
Jako gość prof. Pawlewski.

Kol. Prezes odczytuje pismo p. Niemczynowskiego o nowo odkrytém źródle wrzekomo żelezistém, wraz z rozbiorem chemicznym téjże wody. Sprawę tę powierzono komisyi w tym celu wybranéj a z koll. Riegera i Wiczkowskiego złożonéj.

Kol. Tatarczuch okazał zmodyfikowane *suspensorium*, strzykawkę Fingera do leczenia rzeżączki ostréj i przyostréj, wreszcie kateter celuloidowy. W dyskusyi zabierali głos: koll. Różański, Scifman, Rieger, inspektor Sawicki, Rosenbusch podnosząc wady i zalety tych przyrządów, zwłaszcza kateteru Fingera.

Kol. Mahl przytoczył przypadek z praktyki, w którym z gruczołu podjęzykowego wydobył szczecinę od sześciu miesięcy tam leżącą. Okazał również kamyczek wydobyty innym razem przez rozszerzenie przewodu Warthoniego.

Z kolei zabiera głos kol. Feigel w sprawie orzeczenia ogłoszonego przez prof. Blumenstoka w Nr. 42 Przeglądu Lekarskiego z r. 1885 p. t.: „Nagła śmierć w szkole“. Tłumaczy przedewszystkiém, iż czyni to dopiero teraz, tém, że dopiero nie dawno dowiedział się o owém orzeczeniu będąc długi czas chorym. Najważniejszą pobudką do podniesienia téj sprawy jest jéj ważność pod względem naukowym, prócz tego poczuwa się prelegent do tego obowiązku i w obec pp. kolegów obducentów, którym swego czasu udzielał swéj rady w wydaniu orzeczenia. Prelegent sprzeciwia się przedewszystkiém twierdzeniu owego orzeczenia, „jakoby obdukcyja zwłok nie wykryła przyczyny śmierci“. Jest nią, opisane w protokóle obdukcyi nadzwyczaj silne przekrwienie opon mózgowych i mózgu. Wbrew twierdzeniu owego orzeczenia utrzymuje daléj prelegent, iż takie przekrwienie jest zupełnie zdolne wywołać nagłą i rychłą śmierć u osoby dotychczas zdrowéj, a naukowy ten pewnik potwierdzają liczne przypadki. W obecnym przypadku powodem do powstania owego przekrwienia był uraz psychiczny, silne i gwałtowne wzruszenie umysłowe, jakiego denatka doznała w skutek ukarania jéj przez nauczyciela. Liczne zupełnie podobne przypadki tego rodzaju są w piśmiennictwie wymienione a zawsze jednako były oceniane. Mowca sprzeciwia się daléj twierdzeniu owego orzeczenia, jakoby uraz w danym przypadku był za słabym do wywołania tak silnego wzruszenia umysłowego. O tém bowiem najmniéj mamy prawa i możności wyrokowania, w tym względzie więc rzecz usuwa się zupełnie naszemu ocenieniu. Widzimy często, że to co na jednę osobę oddziaływa nader silnie, druga znosi zupełnie obojętnie i przeciwnie. Jeżeli zaś porównamy uraz w obecnym przypadku z urazem w innych opisanych przypadkach (np. przypadku Maschki) (obawa przed podniesioną ku sobie w sprzeczce miotłą), to musimy przyznać, że w obecnym przypadku uraz był daleko cięższym, donioślejszym, nadto dłużéj trwającym, i o wiele więcéj zdolnym wywołać gwałtowne wzruszenie umysłowe, niż w owych przypadkach, w których przecież

często znakomici znawcy sądowi nie wahali się uważać śmierć za wynikłą ze wzruszenia, a uraz za zupełnie wystarczający do jéj sprowadzenia. Sam fakt, że M. F. uległa owemu urazowi, mówi tu silniéj, niż wszelkie rozumowania. Również zaprzecza mowca, jakoby „zachowanie się M. F. po powrocie do ławki sprzeciwiało się przyjęciu shoku psychicznego“; przeciwnie znajduje takowe zupełnie naturalnym i usprawiedliwionym stanem duchowym (zawstydzeniem i upokorzeniem), jakotéż fizycznym (niepokój i zamęt w głowie z powodu rozwijającego się przekrwienia mózgu, dopóki nie padła bezprzytomną). W ten sposób łatwo wytłumaczyć jéj uśmiechanie się, przewracanie kartek w książce, zakłopotaniem. Ażeby zaś M. F. bezpośrednio przed śmiercią „figlowała“ można wprost wykluczyć, tém bardziéj, że podaje to tylko sam obwiniony. Wreszcie musi mowca zaprzeczyć, jakoby przekrwienie opon mózgowych i mózgu sprzeciwiało się przyjęciu shoku psychicznego; przeciwnie w kilku opisanych przypadkach tego rodzaju znaleziono jako jedyną zmianę w zwłokach właśnie tylko silne przekrwienie mózgu. Mowca wyraża przekonanie, że tam, gdzie poglądy naukowe są ogólnie przyjęte i ustalone, a doświadczeniem lekarskiém stwierdzone, musimy i my w nadarzonym przypadku do nich się stosować lub też musielibyśmy wykazać mylność takowych. Pomijać je atoli milczeniem, nie uwzględnić ich zupełnie i zasłaniać się samowolnie nieświadomością, jest takim samym błędem, jak przeciwnie wydawać pewne orzeczenia tam, gdzie podstawy do tego brakują. Jak bowiem ostatnie postępowanie byłoby nieusprawiedliwioném, tak z drugiéj strony jest obowiązkiem lekarza sądowego starać się, o ile w jego możności, o wyrabianie sobie pewnego na nauce i doświadczeniu lekarskiém opartego przekonania. W obecnym przypadku, w którym poglądy naukowe są ogólnie ustalone i przyjęte, a licznemi doświadczeniami poparte, w którym dochodzenie ścisłe we wszelkich kierunkach przeprowadzone zostało, jest zdaniem mowcy niczém nieusprawiedliwioném i dowolném wyrażone w orzeczeniu owém zdanie, że przyczyna śmierci M. F. jest zagadką nie do rozwiązania, rozbiór prelegenta bowiem wykazuje jasno, że tak nie jest [1]).

W dyskusyi bierze udział kol. Różański i twierdzi, że lekarz sądowy powinien często nie tyle rzeczy brać ściśle naukowo jak raczéj być człowiekiem i nie narażać obwinionego na zbytnią karę. Podobnie przemawia też i kol. Merunowicz, podnosząc, że czasem bardzo silne przekrwienie mózgu nie wywołuje nagłéj śmierci, a przypadki przeciwne są dosyć rzadkie. W odpowiedzi podnosi kol. Feigel, iż byłoby największym błędem ze strony lekarza sądowego, gdyby chciał mięszać się w ocenianie winy lub kary podsądnego lub krzywdy skarżącego lub pokrzywdzonego, zamiast czysto podmiotowe, czysto lekarskie dawać wyjaśnienia. Otwierałoby to dopiero drogę zupełnéj dowolności i indywidualnym zapatrywaniom, czego jak najmocniéj należy się wystrzegać. Ogólnie uznane prawdy naukowe należy tu wyżéj cenić nad swoje domniemywanie. Że często daleko silniejsze przekrwienie mózgu, zwłaszcza przewlekłe, nie wywołuje nagłéj śmierci, zupełnie niczego nie dowodzi, gdyż tak się rzecz ma ze wszystkiemi chorobami, że niższe stopnie często są zabójcze, podczas gdy daleko cięższe zmiany anatomiczne inny chory przetrzyma. Tak się rzecz ma i z zapaleniem płuc, z durem i t. p. *Dr. Wiczkowski.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. C. Kraus: **O zachowaniu się grzybków chorobotwórczych w wodzie do picia.**

Badania epidemijologiczne Pettenkofera i Cunnighama stwierdziły, że ani tyfus, ani cholera nie szerzą się za pomocą wody do picia. Zamykania przeto studzien w czasie panowania tych chorób nie uważają rzeczeni badacze za środek do przerwania epidemii.

Na drodze doświadczeń bakteryjologicznych starał się Wolffhügel i Bolton sprawdzić te zapatrywania. Zaprawiali tedy wodę studzienną i wodociągową czystą i zanieczyszczoną pewną ilością grzybków chorobotwórczych (tyfusu, wibryjonami Kocha, prątkami wąglika i t. p.), a następnie po 12—24 godzinach obliczali przez kilka tygodni ilość zawartych w niéj grzybków. Wodę użytą do badań najpierw wyjaławiali przy wysokiéj ciepłocie, a po zaprawieniu grzybkami przechowywali ją w ciepłocie 16—22°C. Wolffhügel używał do doświadczeń z wibryjonami Kocha także niewyplenionéj wody ze Sprei, ze studzien i z wodociągów. Atoli tak on jak i Bolton ważną pominęli okoliczność, mianowicie utrzymywali wodę badaną przy ciepłocie, jakiéj ona nie ma, kiedy ją pijamy. Mimo to przekonali się, że grzybki przy tém nie mnożyły się, lecz przeciwnie stopniowo ginęły. Kraus użył do doświadczeń wody wodociągowéj i studziennéj o ciepłocie jéj właściwéj około 10·5°C mającéj i wcale jéj nie wypleniał. Badał ją naprzód co do ilości i jakości grzybków zawartych w niej zwyczajnie, aby ich potém nie brać za grzybki chorobotwórcze. Badania te wykazały, że grzybki chorobotwórcze giną w przeciągu kilku dni w wodzie, a względnie stają się niezdolnemi do rozmnażania się. Prątek Kocha ginie bez śladu już po 24 godzinach. Prątków tyfusowych nie można było wyśledzić już po 6, wąglikowych po 3 dniach. Woda zaś była zaprawiana grzybkami chorobotwórczemi w takiéj ilości, że było ich więcéj o 1—2 tysięcy aniżeli grzybków wodzie właściwych.

Prątki tyfusowe i prątek Kocha nie giną przy ciepłocie 0°C, a po 32—82 dniach w wodzie wyplenionéj były zdolne do mnożenia się. Gdy tedy ginęły w wodzie wyplenionéj, muszą je tępić grzybki zwyczajnie w wodzie zawarte. Te bowiem z dnia na dzień bardziéj się mnożyły w miarę tego, im więcéj grzybki chorobotwórcze ginęły. Ani stopień zanieczyszczenia wody, ani też ilość prątków w niéj zwykle zawartych nie okazał wpływu na szybkość, z jaką giną w niéj grzybki chorobotwórcze. *(Archiv f. Hygiene, VI Bd. 2 Heft).* *Dr. Buszek.*

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 9 b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém podano naprzód do wiadomości, iż Rada miejska przyjęła wniosek tyczący się mierzenia wód gruntowych w Krakowie, tudzież, iż przyrząd dezinfekcyjny jest już w Krakowie, a budynek dla niego przeznaczony będzie z końcem maja gotowy. — Postanowiono wezwać budownictwo miejskie o uzupełnienie tego, czego jeszcze na wystawę higijeniczną warszawską nie posłano.— Fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, że teraz nie panują w mieście żadne choroby zakaźne i że nieliczne zresztą przypadki tyfusu plamistego pochodziły prawie wyłącznie ze wsi okolicznych. Fizyk powiatowy Dr. Ponikło nadmienił przytém, iż tyfus plamisty i szkarlatyna pojawiają się obecnie w kilku wsiach odleglejszych od Krakowa. — Rozbiór chemiczny mleka grodkowickiego przekonał, iż odpowiada ono w zupełności wszelkim wymaganiom higijenicznym. — Nadesłane na ręce r. m. Dra Domańskiego instrukcyje służbowe dla osób zatrudnionych przy zakładzie dezinfekcyjnym w Moabicie w Berlinie przekazano Magistratowi do zdania sprawy na najbliższém posiedzeniu komisyi sanitarnéj. — Wniosek r. m. Dra Domańskiego dotyczący uporządkowania pod względem higijenicznym zakończenia ulicy Dajworu, tudzież wniosek jego wydania w porozumieniu z właściwemi władzami szkolnemi rozporządzenia, iż po przebyciu chorób zakaźnych tylko te dzieci szkolne mogą znów chodzić do zakładów naukowych, które wykażą się świadectwem dezinfekcyi odzieży i pościeli w miejskim zakładzie dezinfekcyjnym, przekazano komisyi złożonéj z wnioskodawcy, fizyka miejskiego Dra Buszka i inż. sanitarnego Świeżyńskiego. Komisyi téj oddano także do załatwienia wniosek r. m. Dra Jordana co do zapobiegania w ogólności szerzeniu się chorób zakaźnych w mieście a to ze względu na mający stanąć wkrótce

[1]) Odczyt powyższy był obszernie ogłoszony w *Wiadomościach Lekarskich*, wychodzących we Lwowie. W najbliższym zeszycie tego czasopisma ukaże się i odprawa prof. Blumenstoka. *Red.*

zakład dezinfekcyjny miejski i wydane świeżo w sprawie chorób zakaźnych rozporządzenia Namiestnictwa. — R. m. Dr. Jordan zwrócił uwagę na niepomyślny stan zdrowia młodzieży rzemieślniczéj, osobliwie w niektórych zawodach wymagających ciągłego siedzenia nieraz w postawie skurczonéj i wniósł aby porozumieć się z „Sokołem“ krakowskim co do udzielania takiéj młodzieży nauki gimnastyki. Wniosek ten przyjęto i przekazano Magistratowi do dalszego traktowania. — R. m. Dr. Domański zwrócił uwagę, iż zamykanie szczelne otworów kanałowych na plantacyjach bez równoczesnéj wentylacyi kanałów za pomocą rynien dachowych w mieście jest niewłaściwe. Postanowiono wezwać budownictwo miejskie o jak najrychlejsze łączenie rynien dachowych budynków miejskich z kanałami.

○ Komisyja Izby deputowanych Rady Państwa wybrana do rozpatrzenia wniosku uczynionego przez posła Rosera co do utworzenia w Austryi państwowego urzędu zdrowia na wzór istniejącego w Niemczech, sprosiła jako grono znawców reprezentantów różnych korporacyj wiedeńskich i przedstawicieli nauki celem wysłuchania ich zdania. Rozchodzi się głównie o to, czy ma być założonym centralny państwowy urząd zdrowia, czy też w pojedynczych krajach koronnych mają istnieć zakłady mniejsze, lub też obok uniwersytetów zakłady higijeniczne, którymby obok kształcenia uczniów przekazane były zadania, jakich interes państwa wymaga.

Na posiedzeniu Komisyi Rady państwa w dniu 29 kwietnia ib. zaproszeni znawcy, po powitaniu ich przez posła Gniewosza jako przewodniczącego, wyjawiali w porządku alfabetycznym swe zdania:

Prof. Albert uważał za najważniejsze ustanowienie katedr higijeny w uniwersytetach austryjackich w połączeniu z hojnie uposażonemi i odpowiednio urządzonemi zakładami. Przemawiał on daléj za ustanowieniem bądź ministerstwa zdrowia, bądź też aby na czele departamentu sanitarnego stał szef wprost ministrowi zdający sprawę. W najwyższéj Radzie zdrowia winni mieć higijeniści zawodowi większy udział.

Prof. Bamberger popierał zdanie mowcy poprzedniego i przemawiał za założeniem urzędu zdrowia na wzór w Niemczech istniejącego.

Prof. Bauer przemawiał za laboratoryjami, któreby nadzór wykonywały: istnieć winien zakład centralny i zakłady miejscowe. Zakład centralny powinienby zajmować w ministerstwie spraw wewnętrznych stanowisko, jakie w ministerstwie handlu zajmuje oddział komunikacyi.

Dyrektor budownictwa miejskiego Berger przemawiał za tém, aby nietylko w uniwersytetach istniały katedry higijeny, ale i w akademijach technicznych, oraz za tém, aby w najwyższéj radzie zdrowia zasiadali technicy i urzędnicy administracyjni. Uważał on utworzenie państwowego urzędu zdrowia za zbyteczne.

Z kolei prof. Billroth oświadczył się przeciw zakładaniu państwowego urzędu zdrowia na wzór niemieckiego, od idei którego i w Niemczech już odstąpiono na rzecz higijenicznych zakładów uniwersyteckich. Prof. Billroth nie jest za ministerstwem zdrowia, bo urządzenie to, ze względu na stanowisko ministra zmienne stosownie do panujących stronnictw, jest niepraktyczne. Za najstosowniejsze uważa on przekazanie odpowiednich czynności higijenicznym zakładom uniwersyteckim. Badania praktycznego znaczenia jak n. p. pożywek są zadaniem miast. B. oświadcza się za założeniem w Wiedniu wielkiego higijenicznego zakładu centralnego, koszta jednak jego wynioslyby ze 2 milijony, a utrzymanie z $^1/_2$ milijona.

Radca rządowy Gauster kładzie nacisk na to, że ustawa z 1870 r. wymaga poparcia przez organizacyję najniższych urzędów, a do tego potrzeba nauki higijeny po uniwersytetach. Pożądaną byłoby daléj rzeczą, aby lekarze należący do towarzystw lekarskich byli w korporacyje połączonymi. Najwyższa rada zdrowia winna posiadać większą władzę wykonawczą.

Prof. Gruber w obszerném przemówieniu wskazuje na to, że rzecz, o którą się rozchodzi, już przed 100 laty uznaną została za czasów Van Swietena, gdy zaprowadzono pierwszą organizacyję służby zdrowia, co do któréj Austryja inne państwa wyprzedziła. Mowca wykazuje, dowodząc okazanemi tablicami śmiertelności, choć one oparte są na niedostatecznych wykazach, iż stosunki śmiertelności średnio biorąc w całém państwie są bardzo niekorzystnemi, że przewyższają znacznie a w niektórych okolicach w dwójnasób a nawet i w trójnasób liczby śmiertelności innych krajów; znaczne wahania w tych liczbach, jakie mają miejsce w niektórych powiatach i miejscowościach, wskazują na nieuregulowane stosunki sanitarne. W wielkich miastach z małemi wyjątkami śmiertelność jest bardzo wielką, a śmiertelność wśród dzieci do 1 roku życia nadzwyczajna. W państwie niemieckiém stosunek zdatności do wojska jest prawie 3 razy większy niż u nas. Lepsza piecza nad zdrowiem publiczném przyniosłaby znaczne narodowo-ekonomiczne korzyści. Mowca zaleca: 1) odpowiednio urządzoną organizacyję służby zdrowia w całym obszarze z dostatecznie niezawisłém stanowiskiem organów sanitarnych i uwzględnieniem zawodowych kierunków, które dla pomyślnego biegu służby zdrowia współdziałać muszą, jakoto lekarzy, techników i urzędników administracyjnych; 2) przeobrażenie i zużytkowanie statystyki chorobliwości i śmiertelności pod kierunkiem lekarskim; 3) wydanie ustaw odpowiednich dzisiejszemu stanowi nauki; 4) założenie stacyj badawczych dla pożywek w połączeniu z pracowniami dla prac fizyjologiczno-higijenicznych; 5) założenie odpowiednich zakładów higijenicznych nietylko przy uniwersytetach, ale i przy technicznych akademijach; 6) zaprowadzenie wykładów higijeny po uniwersytetach nietylko dla lekarzy i chemików, ale i dla prawników; 7) szerzenie wiedzy higijenicznéj wśród ludu, a więc zaprowadzenie wykładów higijeny po seminaryjach duchownych i nauczycielskich i t. d.; 8) wydawanie sprawozdań o stosunkach zdrowia co do pojedynczych krajów i co do całego państwa; 9) popieranie miejscowych towarzystw ochrony zdrowia; 10) popieranie krajów i gmin w staraniach o potrzebne środki pieniężne na przeprowadzenie organizacyi zdrowotnéj. Ustawa z r. 1870 nie została niestety w większéj części państwa przeprowadzoną. Służba zdrowia w Austryi jest niedostateczną, a środki, jakie państwo na zdrowie publiczne wydaje, nie odpowiadają żądaniom nowoczesnym. W Anglii, Francyi, w Stanach Zjednoczonych Ameryki półn. i t. d. należą technicy do wszystkich urzędów zdrowia, gdy w żadnéj z krajowych rad zdrowia nie zasiada ani jeden technik, ani urzędnik administracyjny, powoływanie tychże jako znawców w niektórych razach nie wystarcza. (Dokończenie nastąpi).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 42·0. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 1 (3 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 1 (3 z. t); z gruźlicy 6 (11 z. t.); z zapalenia płuc 10 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach duru osutkowego (6 obcych): 1 róży. W tygodniu od 3—9 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 12, w Budapeszcie 11, w Pradze 7, w Wiedniu 2, w Rzymie 12, w Paryżu 15, w Petersburgu 8, w Wiedniu i Wenecyi po 2, we Lwowie 3, w Drohobyczu 1, w Tarnopolu 2. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 15, w Paryżu 44, w Hamburgu 7, we Lwowie 4, w Brodach 1, w Drohobyczu 2, w Kołomyi 1. Z odry umarło w Kołomyi 4, w Przemyślu 1, w Wiedniu 9, w Mnichowie 10, w Paryżu 66, w Londynie 62. Z płonicy umarło w Wiedniu, Londynie i Stokholmie po 7, w Petersburgu 10. Z błonicy i dławca umarło we Lwowie 3, w Przemyślu 3, w Warszawie 10, w Berlinie 26, w Dreźnie, Lipsku i Budapeszcie po 9, w Paryżu 38, w Londynie 29, w Petersburgu 21. Z krztuśca umarło w Czerniowcach 1, w Londynie 35.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,2; we Lwowie 37,0; w Brodach 22,9; w Drohobyczu 68,4; w Kolomyi 44,1; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 12,5; w Tarnopolu 36,2; w Tarnowie 36,5; w Czerniowcach 22,0; w Warszawie 24,0; w Poznaniu 34,6; w Wiedniu 29,9; w Salcburgu 40,4; w Gracu 34,3; w Tryjeście 25,5; w Insbruku 37,5; w Pradze 42,4; w Bernie 42,4; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 47,0; w Berlinie 21,8; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 24,8; w Hamburgu 26,3; w Kolonii 28,4; w Lipsku 25,8; w Mnichowie 29,8; w Strasburgu 19,6; w Brukseli 26,1; w Budapeszcie 36,0; w Chrystyjanii 16,3; w Kopenhadze 21,9; w Londynie 17,8; w Odesie 26,7; w Paryżu 28,7; w Petersburgu 34,5; w Rzymie 37,4; w Stokholmie 21,5, w Wenecyi 24,3.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 maja. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Z powodu mojego jubileuszu doktorskiego zaszczycony nad wszelkie moje spodziewanie licznemi objawami życzliwości i przywiązania, nietylko ze strony kolegów moich ściślejszych i lekarzy w ogóle, ale także i reprezentantów zawodów pokrewnych, miałem szczery zamiar podziękować z osobna każdemu, który był łaskaw o tym dniu pamiętać i czy to zaszczycić mnie swoją obecnością, czytéżto przyczynić się do pomnożenia funduszu noszącego moje imię, a przeznaczonego dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Atoli dla rozlicznych zajęć zawodowych nie mogąc zamiaru swego dokonać obieram tę drogę i składam za pośrednictwem Twego pisma wszystkim Panom i Kolegom razem i każdemu z osobna najszczersze moje podziękowanie, szczegółowo z powodu, że staraniami i datkami swojemi przyczynili się do otarcia niejednéj łzy wdowiéj lub sierocéj, a więc do osiągnięcia celu wszystkim nam wspólnie tak bardzo upragnionego.

Lwów 5 maja 1887. *Dr. Biesiadecki.*

* W Radzie Państwa przy obradach nad budżetem Ministwa spraw wewnętrznych jeden z posłów skrajnéj lewicy podniósł ciężkie zarzuty przeciw gospodarce w szpitalu powszechnym w Wiedniu. Zarzuty te tyczą się przeciążenia lekarzy pomocniczych, złéj obsługi i złego wiktu. Śledztwo w skutek tego zarządzone wykaże, ile w tych zarzutach jest prawdy a ile przesady.

* Opróżnioną jest posada lekarza powiatowego w Ljubuškach w Hercogowinie. Pensyja 1200 złr., na mieszkanie dodatek 200 złr. (ewentualnie odpowiednie mieszkanie *in natura*). Za pełnienie funkcyi lekarza przy kompanii 200 złr. Nadto dochód z komisyj urzędowych wynoszący najmniéj kilkaset złr. rocznie i z wolnéj praktyki lekarskiéj. Kandydat ma być doktorem wszech nauk lekarskich. Bardzo pożądana jest znajomość weterynaryi. Egzamin fizykacki nie jest wymagany. Podanie należy wnieść najdaléj do 10 czerwca b. r. do urzędu powiatowego w Ljubuškach (Bezirksamt Ljubuški, Hercegowina).

* Dr. Wodyński, dotychczas lekarz powiatowy w Ljubuškach w Hercegowinie, przeznaczony jest jako lekarz okręgowy do Trebinji tamże.

* **Lwów.** Celem ukonstytuowania Wydziału gospodarczego V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie odbyło się zebranie delegatów Towarzystw naukowych i szkół pod przewodnictwem Prezydenta miasta dn. 6 b. m. w wielkiéj sali ratuszowéj. Obrani zostali prezesem Wydziału Prezydent m. p. Mochnacki, zastępcami jego proff. Czyżewicz i Radziszewski, skarbnikiem p. Littich, sekretarzem Dr. Żuliński Józef; członkami zaś: prof. Dybowski, Drowie Niedźwiecki, Petelenz, Spielmann, Witkowski, Merunowicz, Ziembicki, prof. Feigel, p. Kochanowski i redaktor Starkel.

* **Wiedeń.** Prof. Hyrtl poddał się temi dniami operacyi wyjęcia zaćmy, którą wykonał prof. Fuchs.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Wydział lek. czeski przedstawił dwóch kandydatów w miejsce zmarłego prof. Strenga, a mianowicie Drów Schwinga i Rubeškę. — **Berlin.** Na wniosek Wydziału lek. utworzoną tu zostanie katedra nadzwyczajna laryngologii, którą otrzyma prof. Fränkel — Prof. Olshausen rozpoczął już swoje wykłady.

* **Nekrologija.** W Gardone nad jeziorem Garda umarł 23 kwietnia Dr. Ludwik Rohden w 48 roku życia w skutek pęknięcia tętniaka łuku aorty.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Ripperta: O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzusznym; Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci (c. d.); Panormowa (z pracowni Dogiela w Kazaniu): O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (dok.). — W *Medycynie* Nr. 19: Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof Obalińskiego w Krakowie (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 bm. o godzinie 6éj **w sali wykładowéj medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém prof. Cybulski ukończy wykład swój o hypnotyzmie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: 1) Żegiestów. Zakład zdrojowo-kąpielowy. 2) Porównanie wody żegiestowskiéj z wodami żelezistemi zagranicznemi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 21 Maja 1887. Nr. 21.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

Hypnotyzm lub, jak go w ostatnich czasach nazywają Francuzi, somnambulizm sztuczny *(somnambulisme provoqué)*, przedstawia te same zjawiska, które w drugiéj połowie przeszłego stulecia i w pierwszéj bieżącego nazywano ogólnie magnetyzmem zwierzęcym. Zjawiska te niewątpliwie mają doniosłe znaczenie tak dla fizyjologii mózgu i psychologii, jak również dla patologii systemu nerwowego. Jakkolwiek w ostatnich kilku latach prace dotyczące zjawisk hypnotycznych zajęły poważne miejsce wśród badań fizyjologicznych i psychologicznych, osobliwie we Francyi, i musiały zwrócić na siebie powszechną uwagę, to jednak wypadki dotychczas otrzymane nie odpowiadają bynajmniéj usiłowaniom i niekiedy są w rażącéj sprzeczności z kardynalnemi faktami, które służą za podstawę dla fizyjologii systemu nerwowego. Być może, że w skutek tego prasa lekarska mało zwraca uwagi na doświadczenia téj kategoryi i przez to publiczność lekarska jest stosunkowo mało obeznaną z wypadkami tych doświadczeń. Takie zachowanie się prasy lekarskiéj jeszcze i z tego względu jest słuszne, że badanie zjawisk hypnotycznych dotychczas najczęściéj nie odpowiada zasadom przyjętym w naukach ścisłych, a przez to wyniki badań nie mają téj pewności w oczach ścisłych badaczy, jaką fakty naukowe mieć powinny.

Ze względu na doniosłe znaczenie zjawisk hypnotycznych od dawna powziąłem zamiar podać krótkie streszczenie nowszych prac w tym kierunku z uwzględnieniem ich naukowego znaczenia. Przejrzawszy jednak materyjał nagromadzony w rozmaitych pracach przyszedłem do przekonania, że takie streszczenie jest prawie niemożliwe z powodu sprzeczności, które prace jednych autorów w stosunku do prac drugich przedstawiały i że tylko na podstawie własnych spostrzeżeń możnaby wyrobić sobie takie lub inne zdanie przynajmniéj w kwestyjach spornych. Jakkolwiek znaczną część zjawisk hypnotycznych obserwowałem wcześniéj jeszcze w Petersburgu, to jednak ze względu na niektóre nowsze kwestyje w grudniu roku zeszłego rozpocząłem te doświadczenia na nowo i wybrałem do tego kilku młodzieńców, którzy się sami do tych doświadczeń zgłosili. Obecny więc przegląd zjawisk hypnotycznych jest zarazem krótkiém sprawozdaniem z moich własnych doświadczeń.

Zanim przejdę do szczegółowego rozbioru zjawisk hypnotycznych, muszę jeszcze zwrócić uwagę na niektóre szczegóły dotyczące sposobu badania; w ten sposób będę mógł wyjaśnić, dla czego pewne zjawiska hypnotyczne nie są dotychczas uznane za fakty naukowe i zkąd pochodzi sprzeczność poglądów rozmaitych autorów.

Nasamprzód stan hypnotyczny u pewnych osób można wywołać bardzo łatwo i ze strony eksperymentatorów nie wymaga to żadnych poprzedzających studyjów; w skutek tego badania hypnotyczne wykonywają bardzo często nietylko rozmaici dyletanci, lecz nawet i lekarze, którzy nie przyswoili sobie metody ścisłego badania. Otrzymane zjawiska w skutek tego nietylko bardzo często są błędnie tłumaczone, lecz co gorzéj, nie są dokładnie obserwowane. Takie badania, ogłaszane bądź w specyjalnych pismach, bądź w osobnych dziełach, powiększają balast literacki i wnoszą zamęt do kwestyj, przez innych już dokładnie zbadanych. Powtóre, zjawiska te bardzo rzadko bywają badane w odpowiednich warunkach, to jest w pracowniach fizyjologicznych i w obecności tylko osób zainteresowanych w ścisłości wypadków, przeciwnie, badania hypnotyczne najczęściéj wykonywają się w domach prywatnych lub w obecności osób nieumiejących ocenić celów naukowych. Niżéj przytoczone fakty wykażą, że w skutek udziału tych innych osób zjawiska mogą być tak zmodyfikowane, że wypadek badań może być całkiem odmiennym. Rozmowa, pewne zapytania, pewne ruchy, wszystko to może być przyczyną wywołującą pewne zmiany w zachowaniu się osoby badanéj

i oczywiście, jeżeli się tych wpływów nie uwzględni, lub niedostatecznie uwzględnia, badania będą niedokładne, choćby były dokonane przez ścisłego pod każdym względem badacza. Te dwie okoliczności, jak sądzę, są główną przyczyną tak sprzeczności między autorami, jak również i tego, że hypnotyzm dotychczas nie zajmuje odpowiedniego sobie znaczenia, ani w fizyjologii, ani w psychologii.

W historyi starożytnych narodów są fakty, które świadczą o têm, że stan hypnotyczny, przynajmniéj niektóre jego stany, znany już był kapłanom starożytnych Egipcyjan, Indyjan, Greków i Rzymian. Pewne rękoczyny, któremi nowocześni hypnotyzerowie posługują się do wywołania stanu hypnotycznego, nabrały u niektórych narodów znaczenia obrządków religijnych. Słowa wypowiedziane przez osoby zostające w stanie somnambulizmu, uważano za objawienie, dyktowane przez bóstwa i do tych celów używano przeważnie dzieci lub młodych dziewic. W wiekach średnich osoby ulegające hypnotyzmowi, a właściwie somnambulizmowi, poczytywano za opętane przez złego ducha, za czarownice i t. p. Zjawiały się osoby, które twierdziły, że im w objawieniach rozkazano leczyć chorych. Takim np. był Irlandczyk Greatrakes[1]) w r. 1662. Dokonywał on rozmaitych cudów lecząc chorych przez nakładanie rąk. Podczas tych posiedzeń niektóre osoby wpadały w kurcze, które potém od czasów Mesmera nazywano przesileniami uleczającemi (*heilsame Krisen*). W końcu średnich wieków z rozpowszechnieniem wiary w wpływy ciał niebieskich na człowieka, têmbardziéj wierzono w możliwość wpływów jednego człowieka na drugich; wszystkie takie zjawiska, które przedstawiały podobną zależność, nazywano w ogóle magnesem i ztąd w dziełach niektórych uczonych ówczesnych znajdujemy wyrażenia: *Medicina magnetica*, *cura magnetica* itd., które wcale nie zawsze oznaczały rzeczywisty wpływ magnesów. Takie wzmianki znajdujemy w dziełach Paracelsa (ur. 1490, zm. 1541), profesora w Bazylei, u Van Helmonta (1578—1644), Maxwella [2]) i innych.

Powszechną uwagę jednak na siebie i swoję teoryję zwrócił dopiero w końcu 18go stulecia wiedeński lekarz Mesmer. Posunął on w rozprawie: *De plantarum influxu* z r. 1766 analogiję między zjawiskami życia a magnetycznemi jeszcze daléj, przyjął hipotezę płynu uniwersalnego, umożliwiającego pewne współdziałanie na się ciał niebieskich, ziemskich i istot żyjących i na têm oparł swój system leczenia. System ten nie był właściwie nowym, lecz całkowicie się opierał na systemie Helmonta i Maxwella. Sama nawet metoda leczenia Mesmera była tylko pewną modyfikacyją dawno zastosowywanych sposobów. Bądźcobądź metoda ta zwróciła na siebie powszechną uwagę jeszcze podczas pobytu Mesmera w Wiedniu. Z początku Mesmer dla leczenia chorych zastósowywał sztuczne stalowe magnesy, lecz po niejakim czasie przyszedł do przekonania, że te same wpływy można wywierać i bez magnesu stosując tylko proste pociągnięcia rąk i w skutek tego w r. 1775 ogłosił nową rozprawę o magnetyzmie zwierzęcym. W r. 1778, pomimo ogromnéj sławy, którą zdobył w poprzednich latach, zmuszony był opuścić Wiedeń, gdyż lekarze wiedeńscy udowodnili mu, że pewien chory niewidomy, którego leczył i za wyleczonego uważał, nie widział nic, tak samo jak przed kuracyją. Z Wiednia przeniósł się Mesmer do Paryża i tu w krótkim czasie nietylko znalazł gorliwych zwolenników swojéj teoryi i metody leczenia, lecz nawet zdobył sobie ogólne uznanie. Powstały *Sociétés harmoniques* nietylko w Paryżu lecz i na prowincyi i te zajmowały się głównie propagandą téj teoryi. Rząd francuski przyznał mu dożywotnią subwencyję w kwocie 20.000 franków i pewną kwotę na wybudowanie zakładu. Liczba chorych, szukających pomocy u Mesmera, była tak znaczną, że osobiście działać na nich nie mógł; urządzono więc specyjalne przyrządy, drewniane kadzie z wodą magnetyzowaną i sterczącemi na zewnątrz żelaznemi sztabami, które miały mieć ten sam wpływ co ręce magnetyzera. Przyrządy te modyfikowano wielokrotnie, były nawet kieszonkowe wanienki i słoiki, a wreszcie magnetyzowane drzewa itp. Chorzy zbierali się pod takiém drzewem, trzymali się za ręce i tak w towarzystwie przy muzyce spędzali dziennie po kilka godzin.

Ostatecznie dla zbadania tego sposobu leczenia wybrano dwie komisyje, jednę z łona *Academie des sciences*, drugą z łona *Société royale de medecine*. W skład pierwszéj wchodzili między innymi B. Franklin i Lavoisier jako przewodniczący. Wypadki badań tych komisyj[3]) były mniéj lub więcéj zgodne, a główny wypadek był ten, że ani płynu magnetycznego, ani jakiegokolwiek wpływu tego płynu na chorych komisyje nie dostrzegły, że natomiast nacieranie i dotykanie chorych wywierało pewien wpływ, lecz najczęściéj niekorzystny, że imaginacyja bez magnetycznych manipulacyj wywołuje konwulsyje, a przypuszczalny magnetyzm bez imaginacyi nie ma żadnego wpływu, i że kuracyj magnetycznych, jako szkodliwych, należy zaniechać. Ruch ten jednak pomimo wniosków komisyi nie ustał. Dotychczas obserwowano tylko bardzo nieliczne zjawiska, mianowicie uspokajanie bólów, znieczulenia a przedewszystkiém pewne nerwowe stany, przeważnie noszące charakter kurczowy, konwulsyjny. Objawy te uważano za korzystny wypadek leczenia niezbędny do usunięcia cierpienia.

W r. 1784 jeden z uczniów Mesmera margrabia Chastenet de Puységur na pewnym młodym wieśniaku spostrzegł nowe zjawisko, a mianowicie zauważył, że ów młody człowiek nasamprzód pod wpływem magnetyzowania usnął, a następnie zostając w tym stanie rozmawiał i po przebudzeniu się o niczém nie pamiętał. Fakt ten wskazywał, iż w taki sposób można wywołać stan somnambuliczny. Od tego czasu na zjawiska téj kategoryi zwrócono przeważnie uwagę, a osobliwie, gdy stwierdzono, iż w ten sam sposób można wywołać i stan jasnowidzenia. Ten szereg zjawisk dołączono także do dziedziny magnetyzmu zwierzęcego.

W r. 1787 lekarz Petetin[4]) spostrzegł stan kataleptyczny i utratę czucia i również zauważył, że osoby zamagnetyzowane, jak je wtedy nazywano, mogą utrzymywać rozmowę tylko z magnetyzerem i są zupełnie obojętne na zapytania innych osób. W r. 1819 ksiądz Faria[5]) występuje przeciw teoryi Mesmerystów i dowodzi, że wszystkie manipulacyje magnetyzerów są zupełnie zbyteczne, że usypianie zależy nie od magnetyzera, lecz od magnetyzowanéj osoby i jest skutkiem własnéj wyobraźni; robi publicznie doświadczenia i usypia tylko rozkazem zasypiania. Powstały więc dwie teoryje, z których każda miała swoich zwolenników, po niejakim jednak czasie znowu zapanowała teoryja magnetyzmu zwierzęcego. W następnych latach wybitniejszych osobistości, któreby nadały nowy kierunek badaniom, nie było; powtarzano więc te same doświadczenia, tworzono rozmaite hipotezy, a głównie starano się wywołać stan somnambuliczny i jasnowidzenie. Wciąż zwracano się do rozmaitych uczonych, do Akademii Umiejętności w Paryżu, w Berlinie i do *Academie de médecine*. W r. 1826 Akademija lekarska wyznaczyła ponownie komisyję, w któréj byli Magendie i Laënnec. Pomimo pięcioletniego badania téj kwestyi członkowie komisyi nie

zgodzili się na przychylny referat Hussona i referat ten nie został ostatecznie przyjęty przez Akademiję. Magendie[6]) jako motyw przytoczył tę okoliczność, że podczas doświadczeń „nie zgodzono się na zachowanie pewnéj ostrożności niezbędnéj tak w interesie prawdy, jak i w celu uniknienia oszustwa“. W r. 1837 Akademija lekarska jeszcze raz zajęła się kwestyją jasnowidzenia i czytania bez pomocy oczu i światła i gdy jeden z członków Akademii Burdin wyznaczył nagrodę 3000 fr., a żaden z magnetyzerów, którzy się zgłaszali, pomimo ponętnéj nagrody nie mógł przedstawić takiego jasnowidzącego somnambulika, któryby w skrzyni zamknięty list przeczytał, Akademija postanowiła nie zajmować się nadal tą kwestyją i na wzywania magnetyzerów nie odpowiadać (r. 1840).

W r. 1841 lekarz angielski James Braid[7]) z Manchester wykazał, że wszystkie zjawiska magnetyczne można wywołać bez najmniejszego udziału magnetyzera, tylko przez wpatrywanie się w punkt błyszczący lub rozpatrywanie jakiegoś przedmiotu, znajdującego się w małéj odległości od oka. W skutek tego odrzucił on teoryję płynu magnetycznego i wszelką myśl o wpływie magnetyzera i podał nową teoryję, podług któréj przyczyna tych zjawisk miała leżeć wyłącznie w indywidualnych własnościach systemu nerwowego osoby magnetyzowanéj. Uważając starą nazwę „magnetyzm zwierzęcy“ za nieodpowiednią, stan w ten sposób wywołany nazwał stanem hypnotycznym. On pierwszy właściwie nadał tym badaniom więcéj naukowy charakter i dokładnie opisał znaczną część zjawisk w tym stanie obserwowanych, które mają wartość do dziś dnia i które w bardzo niedawnych czasach publicznie demonstrowano. Wykazał on także, że oprócz snu i stanu kataleptycznego i somnambulicznego można wywołać nadzwyczajną pobudliwość mięśni i zmysłów, że wszelkie wyobrażenia, czy to samoistnie powstające, czy też wywołane przez drugą osobę, mogą przedstawiać taką plastyczność i wyrazistość, iż nie ustępują wyobrażeniom odpowiadającym rzeczywistości. Daléj zaznacza on podobieństwo między stanem hypnotycznym i somnambulizmem naturalnym, jeden z pierwszych wskazuje, że częste hypnotyzowanie się ułatwia wystąpienie tego stanu, że przez częste powtarzanie można dojść do takiéj wprawy, iż sama imaginacyja wystarcza, aby ten stan wystąpił i że wola hypnotyzera, o ile ona nie jest wyrażona słowami lub gestami, lub jeżeli te ostatnie nie są zrozumiane przez medium, nie wywołuje żadnego zjawiska. Stan ten podług niego powstaje skutkiem znużenia uwagi, skierowanéj ku jednemu przedmiotowi, ku jednéj myśli i spokoju w ogóle. W późniejszych doświadczeniach zwrócił on uwagę jeszcze na jednę kategoryję zjawisk, a mianowicie na poddawanie w stanie hypnotycznym i na jawie. W osobę hypnotyzującą się można wmówić nietylko, że otrzymuje wrażenie od nieistniejących przedmiotów i ich kształtów, i barwy itp., lecz można ją także przekonać, że na nią działają pewne siły, które ją przyciągają, lub odpychają; odpowiednio do tego osoba taka będzie wykonywała pewne ruchy i w ogóle będzie się zachowywała stosownie do poddanych myśli. Swój sposób hypnotyzowania zastosował Braid i do leczenia chorych, których uważano za nieuleczonych; tak opisuje przypadki uleczenia ślepoty i głuchoty, utraty powonienia, jąkania, afazyi, neuralgii, bicia serca a nawet padaczki i gośćca. Wszystkie te doświadczenia i obserwacyje nie zyskały na razie uznania ze strony uczonych, zrażonych już poniekąd doświadczeniami magnetyzerów, a po części być może i w skutek tego, że Braid był zwolennikiem frenologii i w pracach swoich posługiwał się tą teoryją do wyjaśnienia niektórych zjawisk; jedną z przyczyn mogło być także i to, że jednocześnie prawie powstała teoryja t. zw. elektrobiologiczna Grimesa[8]), który u pewnych osób w stanie czuwania wywoływał zjawiska podobne do hypnotycznych i za przyczynę tych zjawisk uważał wpływ woli. (C. d. n.)

II. O obecnym stanie chirurgii żołądka.

Wykład habilitacyjny
Dra Rudolfa Trzebicky'ego
Asystenta kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Panowie! Wykład dzisiejszy dotyczy działu chirurgii operacyjnéj, który dopiero w drugiéj połowie bieżącego stulecia wszedłszy na pole ogólnéj dyskusyi, rychło przecież stanął prawie u szczytu swego wykończenia, w znacznéj części dzięki pracom mistrza i uczniów szkoły, do któréj i ja mam zaszczyt się zaliczać. Wprawdzie już w r. 1522 w Ratysbonie odważny jakiś chirurg, którego nazwisko jednak poszło w niepamięć, z powodu rany kłutéj jamy brzusznéj wykonał laparatomiję i zespoił ranę żołądka kilkoma szwami z pomyślnym skutkiem. W 100 lat późniéj, bo w r. 1635, Daniel Schwabe w Królewcu wydobył drogą operacyjną z żołądka nóż połknięty, ciesząc się również powodzeniem. Podobne operacyje wykonali także w XVII i XVIII stuleciu Floryjan Mather, Wesener, Hübner, Frizac i inni. Operacyje te jednak, świadczące wprawdzie o niepospolitéj odwadze i wysoko wydoskonalonéj technice poszczególnych operatorów, poszły w zapomnienie. W pojęciu ogółu chirurgów i lekarzy jama brzuszna, a zwłaszcza przewód pokarmowy, pozostały na długie jeszcze lata niedostępnemi leczeniu operacyjnemu. Kiedy w r. 1810 młody lekarz Merrem na podstawie doświadczeń na zwierzętach twierdził, że rak odźwiernika dałby się w niektórych przypadkach usunąć przez wycięcie, ogół pominął to zapatrywanie, czyli jak je zwano, to „śmiałe marzenie wieku młodocianego“ milczeniem. W połowie bieżącego stulecia dopiero Sédillot przemawia gorąco za nową operacyją, któréj daje miano gastrostomii. Choć sam nie był na tyle szczęśliwym, aby módz swe zdanie poprzeć pomyślnemi wynikami osiągniętemi na ludziach, przecież już niemała w têm zasługa, że pierwszy zdołał dokładnie określić wskazania do téj operacyi i podać dokładny jéj plan. Pierwsze w ciągu lat małym dotąd przynajmniéj uległy zmianom, ostatni w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnéj musiał rozmaitym uledz modyfikacyjom. Odtąd też na polu chirurgii przewodu pokarmowego żywszy ruch zapanował. Liczba wykonanych gastrostomij stawała się coraz większą, wyniki względnie przynajmniéj lepsze. Niebawem podał Billroth nowy sposób trwałego zamknięcia przetok żołądka, Dittel, Czerny wykonali resekcyję jelita w celu wyleczenia odbytu nieprawidłowego, Hagedorn, Schede, Kocher, Nicoladoni i inni z powodu zgorzeli jelita uwięzgłego w przepuklinie, Gussenbauer, Thiersch i Baum resekowali większe kawałki jelita grubego z powodu nowotworów. Odtąd do resekcyi żołądka już tylko krok jeden. Totéż pojawiają się prace doświadczalne Gussenbauera, Winiwartera i Kaisera, a wkrótce potém po Péanie i Rydygierze Billroth ogłasza przypadek wycięcia odźwiernika u człowieka z pomyślnym wynikiem. Wspomnieć tu jeszcze wypada o gastroenterostomii

Wölflera, która często chorego ratuje w obec stosunków, w których resekcyja jest niemożliwą. I na polu dyjagnostyki chorób żołądka chirurgija nie pozostała bezczynną, wspierając skutecznie medycynę wewnętrzną. Gastroskop Mikulicza pozwala nam wejrzeć w głąb żołądka bez naruszenia ścian jego i z pewnością w niektórych przypadkach może się przyczynić do utrwalenia rozpoznania. Choć przyrząd ten nader skromne tylko znalazł dotąd zastosowanie, to z biegiem czasu może i pod tym względem zajdzie zmiana.

Operacyje wykonywane na żołądku dzielimy dziś na gastrorafije, gastrotomije, gastrostomije, resekcyje odźwiernika całkowite i częściowe i gastroenterotomije.

Gastrorafiją nazywamy operacyję polegającą na zamknięciu otworu nieprawidłowego w ścianach żołądka za pomocą szwu. Wskazanie do niéj mogą stanowić zarówno z jednéj strony przetoki żołądka powstałe, czy to w skutek zabiegu operacyjnego, a więc gastrostomii, czyteż samoistnie, n. p. po przebiciu ropni lub wrzodów ścian żołądka na zewnątrz, z drugiéj zaś strony wszelkie zranienia i pęknięcia żołądka. Tu należy zaliczyć operacyje wykonane przez Mikulicza (*Sammlung klin. Vorträge* Nr. 262), Kochera (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte* 1883 Nr. 23 i 24), Felinga (*St. Petersburger med. Wochschr.* 1884 Nr. 44), Fillenbauma (według doniesienia listownego), Szteynera (*Medycyna* 1887) i innych, którzy znalazłszy wśród laparotomii nadwerężenie ścian żołądka, powstałe czy to w skutek samoistnego pęknięcia, czyteż skutkiem skaleczenia nożem lub kulą, zeszyli brzegi rany z pomyślnym wynikiem. Zabieg ten przy dzisiejszéj technice operacyjnéj nie tylko jest zupełnie usprawiedliwionym, ale wręcz ściśle wskazanym.

Przetoki żołądkowe wtedy tylko wymagają téj operacyi, jeżeli dochodzą większych nieco rozmiarów, mniejsze zamykają się albo same, albotéż po lekkiém tylko przyżeganiu. Dawniejsze próby pokrycia przetoki płatem wyciętym z najbliższego otoczenia, jakkolwiek chwilowo prowadziły do celu, najczęściéj nie usuwały jednak przetoki na stałe, gdyż świeża blizna wyjątkowo tylko zdołała oprzeć się działaniu soku żołądkowego. Dopiero Billroth (*Wiener med. Wochschr.* 1877 Nr. 38) utorował w tym kierunku drogę. Po nieudanych licznych próbach zamknięcia przetoki żołądkowéj u młodéj dziewczyny zwykłemi sposobami, odpreparował on ścianę żołądka od brzegów przetoki i zespoił je szwem, pokrywając następnie ubytek w powłokach brzusznych płatem osobnym. Postępowanie to było uwieńczone jak najpomyślniejszym skutkiem.

Otwarcie żołądka drogą operacyjną, najczęściéj w celu wydobycia ciał obcych przypadkowo połkniętych, z natychmiastowém zespojeniem brzegów rany nazywamy gastrotomiją, w przeciwstawieniu do gastrostomii, t. j. operacyi, przy któréj zakładamy na czas dłuższy lub na zawsze przetokę żołądkową. Według zestawienia Credego (*Archiv für klin. Chir.* T. 33 XXIII) wykonano dotychczas gastrotomię 26 razy, a mianowicie 22 razy z wynikiem pomyślnym. Doliczyć tu jeszcze należy jeden przypadek operowany przez Maydla (*Internat. klin. Rundschau* 1887) i przypadek, o którym wspomniał na tegorocznym Zjeździe chirurgów Stelzner. Drogą tą usunięto z żołądka widelce, noże, łyżki, katetery, sztuczne szczęki i t. p. 2 razy wydobyto guzy składające się z posklejanych kawałków włosów. Obydwa przypadki dotyczyły młodych dziewcząt, które przez długie lata odgryzały sobie koniuszki włosów i połykały takowe. Kawałki te zlepiwszy się ze sobą utworzyły guzy znacznych rozmiarów. W przypadku operowanym przez Schönborna (*Archiv f. klin. Chir.* T. 29, XXIV) przedstawiał tenże guz jakby odlew całego żołądka. W przypadku zaś Thorntona (*Lancet* 1886, styczeń) rozpoznano przed operacyją nowotwór złośliwy okrężnicy poprzecznéj, podczas gdy przy operacyi znaleziono w samym żołądku guz, ważący przeszło 2 funty. Obie te chore wyzdrowiały. Z pomiędzy zebranych przez Credego operacyj znaczna część przypada jeszcze na czasy przedantiseptyczne. Jeżeli mimo tego wyniki operacyi téj już wtenczas były względnie tak korzystne, jak to wynika z cyfr podanych, to tłumaczy się to w pierwszym rzędzie têm, że dawniéj decydowano się przeważnie wtedy dopiero do operacyi, kiedy wytwarzający się ropień w powłokach brzusznych dawał rękojmię, że ściany żołądka zlepione już były z powłokami brzusznemi, a têm samém cała operacyja odbyć się mogła bez otwarcia otrzewny. Pod tym względem dziś stanowcza zaszła zmiana. W każdym przypadku, w którym na pewno stwierdzono, że chory połknął czyto z umysłu, czy przypadkowo jakieś ciało, o którém trudno przypuścić, żeby bez trudności zdołało przejść przez przewód pokarmowy, jesteśmy w prawie otworzyć żołądek i wydobyć ciało obce na zewnątrz. Operacyja sama przez się wykonana według zasad dzisiejszéj chirurgii nie zagraża choremu żadném niebezpieczeństwem. Nie powinna nas zresztą pod tym względem bałamucić ta okoliczność, że organizm potrafi czasem bez szwanku naturalną drogą wydalić przedmioty nader niebezpieczne. I tak znany jest przypadek Cunningsa, który po pijanemu połknął 4 noże; 3 z nich odeszły po niejakim czasie ze stolcem, 4go zaś już nigdy więcéj nie widziano. Wyjątki podobne wcale nas jednak nie uprawniają do zachowania się biernego w obec takiego przypadku; operując wcześnie ratujemy dziś prawie na pewno chorego, przez wyczekiwanie zaś narażamy go na cały szereg niebezpieczeństw.

Tu zaliczyć musimy także operacyję jednorazowego forsownego rozszerzenia odźwiernika. Zabieg ten podany przez Loretę dla usunięcia zwężeń bliznowatych odźwiernika, polega na têm, że po otwarciu żołądka wchodzi się dwoma palcami do wnętrza tegoż ku dwunastnicy i mocno rozciąga się zwężony odźwiernik, poczém następuje zeszycie żołądka i rany brzusznéj. Jakkolwiek technika téj operacyi jest bardzo prostą, toć przecież zdaje się, że postępowanie to jest zanadto niepewne w obec znanéj dążności wszystkich bliznowatych zwężeń do recydyw. Totéż tylko wyjątkowo chyba moglibyśmy się zdecydować do téj operacyi, zwłaszcza że posiadamy dziś liczne inne pewniejsze sposoby usunięcia tego cierpienia, o których późniéj jeszcze będzie mowa. Na têm miejscu chciałbym tylko jeszcze wspomnieć o operacyi plastycznéj, wykonanéj w jednym przypadku z tego samego wskazania przez prof. Mikulicza, którą także do rzędu gastrotomij zaliczyć wypada. U choréj młodéj, w wysokim stopniu wyniszczonéj w skutek ciągłych krwotoków z wrzodu żołądka i znacznego stopnia zwężenia odźwiernika, postąpił prof. Mikulicz w ten sposób, że po otwarciu przedniéj ściany żołądka w kierunku równoległym do osi żołądka przypalił energicznie termokauterem dno wrzodu, znajdującego się na tylnéj ścianie i zrośniętego z głową trzustki, a następnie zespoił brzegi rany żołądka zamiast w kierunku pierwotnym, a więc podłużnym, w kierunku poprzecznym. W ten sposób odźwiernik przedtém zaledwie

drożny dla końca palca, z łatwością przepuszczał całe 2 palce. Chora niestety zabiegu nie przetrzymała, umarła bowiem na trzeci dzień skutkiem wycieńczenia.

Jeżeli, jak widzieliśmy, wskazanie do gastrotomii nie tylko dotąd wcale nie zostało zakwestyjonowane, ale nawet poniekąd rozszerzane, to nie możemy tego samego powiedzieć o gastrostomii. Pod tym względem zdaje się powoli rozwijać reakcyja, która ma na celu ograniczyć poniekąd wskazania do niej, a raczej wykluczyć z ich rzędu indikacyję, z powodu której najczęściej dotąd gastrostomiję wykonywano, t. j. nowotwory złośliwe połyku. Pierwszym, który już w r. 1837 zalecał tę operacyję, choć tylko na podstawie teoretycznego rozumowania i doświadczenia zebranego na przypadkach, w których po zranieniach powstała przetoka żołądkowa, był norwegski lekarz wojskowy Egeberg. Na zwierzętach wykonali tę operacyję w celach fizyjologicznych Bassow i Blandlot w r. 1842 i 1843. Na człowieku zaś wykonał ją po raz pierwszy w r. 1849 Sédillot. Niezależnie od niego i prawdopodobnie nie znając wcale prac swych poprzedników wykonał tę operacyję w r. 1853 Fenger. Jeżeli zasługą Sédillota jest, że podał ściśle wskazania do operacyi, które dotychczas przynajmniej nieznacznym uległy tylko zmianom, to niemniejszą zaletą Fengera, że cięcie w powłokach brzusznych przez niego podane, powszechnie prawie zostało aż dotąd stosowane. Sédillot zaleca wykonanie gastrostomii z następujących powodów: 1) z powodu wrodzonego braku połyku, 2) z powodu niedrożności połyku, wywołanéj albo przez ucisk od zewnątrz, albo przez zwężenia bliznowate lub wreszcie nowotworowe. Z powodu pierwszego wskazania dotąd nikt jeszcze nie operował, z powodu drugiego według statystyki zebranéj przez Zesasa (*Archiv f. klin. Chir.* T. 32 VI) wykonano 162 operacyj; a mianowicie 129 razy dał do niéj pochop nowotwór rakowy, 31 razy blizna, a 2 razy zwężenie syfilityczne. Dodać tu jeszcze wypada 28 operacyj z kliniki Alberta ogłoszonych przez Maydla i 3 przypadki operowane przez Hahna (*Berl. klin. Wochschr.* 1885 Nr. 50 i 51) i Schedego (*Centralblatt f. Chir.* 1880, str. 222), w których starano się przez przetokę żołądkową rozszerzać zwężenie nowotworowe odźwiernika. Z przypadków zestawionych przez Zesasa umarło z operacyj 133 chorych, a tylko 18 chorych z rakiem, a 11 z blizną wyzdrowiało. Liczby te nie mogą wcale przemawiać na korzyść téj operacyi. Choć musimy przyznać, że największa ilość chorych zgłasza się do chirurga już w stanie rozpaczliwym, kiedy wyniszczenie doszło do najwyższego stopnia, choć i to nie ulega wątpliwości, że z erą antiseptyczną i wyniki gastrostomii stały się lepsze, przecież jednak zdaje się, że wskazania do niéj powinny dziś znacznéj uledz zmianie. W przypadkach zwężeń bliznowatych, opierających się zwykłemu leczeniu za pomocą sondy z pewnością operacyja ta, jako środek ratujący życie chorego, jest ściśle wskazana. Chorzy Verneuila i Trendelenburga (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22 VII) najlepszym tego są dowodem. Chory Trendelenburga pokarmy przeżute w ustach przez długi dren, niby sztuczny połyk, wprowadzał sobie do żołądka i w ten sposób odżywiał się zupełnie odpowiednio. W niektórych razach, gdzie nie podobna z góry przejść sondą przez zwężenie, udaje się to względnie z łatwością od strony żołądka. Tą drogą osiągnęli wyniki pomyślne Schattauer (*Przegląd Lek.* 1883 Nr. 50), Caponotto (*Centralblatt f. Chir.* 1885 str. 446) i inni. W ostatnich czasach wreszcie polecił Hacker w przypadkach zwężeń drożnych tylko dla cienkich strun przywiązać do jednego końca tejże dren cienki i następnie przeprowadzić naprzód strunę przez przełyk, aż się koniec tejże ukaże w żołądku; następnie pociągając za ten koniec można przeciągnąć także za struną przez zwężenie i dren, który mocno rozciągnięty z łatwością przechodzi przez strykturę, w chwili ustania zaś działania siły, wracając do swych prawidłowych rozmiarów, rozpiera jéj ściany ze znaczną siłą.

Inaczéj rzecz się ma przy zwężeniach nowotworowych. Na 129 chorych umarło 111 jużto z saméj operacyi, jużtéż w najbliższych tygodniach, a tylko 18 wyzdrowiało, t. j. jak Zesas wyraźnie dodaje, żyli oni albo jeszcze w czasie ogłoszenia historyi choroby, albo też o dalszym ich losie nie można było zasięgnąć wieści. Najprawdopodobniéj zmarli oni także po kilku tygodniach lub miesiącach. Nie podobna zaprzeczyć zdaniu wygłaszanemu przez zwolenników gastrostomii, że gdyby się chorzy we wcześniejszym okresie choroby zgłaszali do operacyi i wyniki tejże stałyby się znacznie lepsze. Ale zapytajmy się, ilu chorych, mogących jeszcze jako tako połykać, zgodzi się na tę bądźcobądź w następstwach przykrą operacyję i rozważmy, czy nie możemy prostszą drogą osiągnąć tego samego rezultatu, co i przez operacyję krwawą? Na drugie pytanie stanowczo musimy odpowiedzieć twierdząco. Zachodzą tu bowiem dwie możliwości. Albo chory zasięgający rady chirurga doznaje trudności dopiero w połykaniu stałych pokarmów, podczas gdy płyny jeszcze z łatwością przechodzą, albotéż i tych ostatnich przełknąć nie jest w stanie. W pierwszym razie przy jakiéj takiéj wprawie i obopólnéj cierpliwości udaje się jeszcze zazwyczaj przeprowadzić zgłębnik przez miejsce zwężone i powoli je rozszerzyć. Trzeba się samemu przekonać, ile tą drogą w rozpaczliwych na pozór nawet przypadkach jeszcze zdziałać można, do jakiego stopnia choremu można ulżyć cierpień i podnieść ogólne odżywienie, aby się wyrzec raz na zawsze chęci wykonania gastrostomii przy takim stanie. Jeżeli zaś chory już i płynów nie jest w stanie połknąć, to prawie zawsze jest już do tego stopnia wyniszczony i osłabiony, że go już i operacyja nie wyratuje. W obec tego zdaje się, że nowotwory rakowate z czasem znikną z rzędu wskazań wymagających wykonania gastrostomii. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Fournier: Rozpoznawanie porażeń nerwu okoruchowego skutkiem wiądu rdzenia pacierzowego.

Wiadomo, że porażenia mięśni ocznych są bardzo często zwiastunem wiądu i występują najczęściéj w jego okresie początkowym. Na 94 przypadki, które autor pod tym względem badał, znalazł w 45, a więc niemal w połowie, porażenia mięśni ocznych. Wiadomo również, że te porażenia dotyczą częściéj mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy, aniżeli reszty mięśni ocznych. Ważność tych porażeń jest tém większą, ile że bardzo często występują one w początkach wiądu jako pierwszy i jedyny jego objaw, tudzież że wyprzedzają pojawienie się wszystkich innych objawów nierzadko na długi czas. Wiele zatém zależy na rozpoznaniu przyrody porażeń i oznaczeniu cech, po których rozpoznaćby można ich przyczynę. Przedewszystkiém śledzić należy starannie, czy porażeniu nie towarzyszą podejrzane objawy wiądu, należące do okresu wyprzedzającego bezład ruchowy

bo w takim razie porażenie uważać należy za objaw zwiastunowy wiądu, a rozpoznanie będzie łatwe i jasne. Inaczéj ma się rzecz, jeżeli najdokładniejsze badanie nie wyśledzi żadnego podejrzanego objawu wiądu, gdyż i w takim razie porażenie n. okoruchowego może być objawem początkowym wiądu. W takichto przypadkach ważnémby było znać cechy, po których poznaćby można, czy porażenie jest skutkiem zmian w nerwie, czy też skutkiem wiądu, a takie rozróżnienie, jak autor nie waha się twierdzić, jest na podstawie pewnych właściwości możebne i niemal pewne. Niektóre z tych cech odróżniających poznano i podnoszono już, ale dotąd nie ujęto ich w obraz jednolity, a autor pragnie temu niedostatkowi zaradzić. Cechy te odnoszą się w części do stanu obecnego, po części zaś do przebiegu porażeń. Pierwszą taką cechą zasadniczą a nawet wprost rozstrzygającą jest, że porażenia, które są następstwem zmian w nerwie okoruchowym (czyto np. zmian w samym jego pniu, czy to ucisku wywieranego na niego przez kilak znajdujący się w sąsiedztwie, lub też zapalenia opon sklerotycznego) są prawie zawsze całkowite, dotyczą całego nerwu i zajmują wszystkie jego gałęzie. Porażenie takie odznacza się więc opadem powieki górnéj, zézowatością rozbieżną, zniesieniem ruchów oka ku górze i ku dołowi, rozszerzeniem źrenicy i brakiem jéj oddziaływania tak na światło jak na bodźce akomodacyjne. Wydarzają się wprawdzie wyjątki, ale w każdym razie rzadkie, jak przypadek podany przez Ziemssena, w którym kiłowe zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki wywołało porażenie tylko mięśnia prostego dolnego. Porażenia wiądowe przeciwnie są prawie zawsze (przynajmniéj w swoim początku) częściowemi, dotyczą tylko niektórych gałązek n. okoruchowego. I tak na 62 przypadków tego rodzaju porażeń, które wystąpiły jużto jako zwiastuny, jużto na krótki czas przed początkiem wiądu, znalazł autor w 61 porażenie częściowe, a w jednym tylko całkowite. Zastanawiając się bliżéj dochodzi się do spostrzeżenia, że w przeważnéj większości przypadków porażenia wiądowego dotyczy ono źrenicy i to tylko jéj wyłącznie, lub też w połączeniu z porażeniem innych mięśni ocznych. Na 62 przypadków była źrenica dotkniętą 37 razy, a mianowicie 28 razy tylko sama jedna, w 9 zaś razem z porażeniem innych mięśni ocznych (w 3 przypadkach dźwigacz powieki górnéj i prosty wewnętrzny, w 2 dźwigacz powieki, w 2 prosty wewnętrzny, 1 raz prosty dolny, 1 raz prosty dolny i dźwigacz powieki górnéj). Nie przywięzując zbytniéj wagi do tych liczb stosunkowych, widzimy przecież z tych spostrzeżeń: 1) Że porażenia wiądowe n. okoruchowego dotyczą najczęściéj źrenicy. 2) Że dotyczą jéj wyłącznie prawie w połowie wszystkich przypadków (28 na 61). Inaczéj zachowują się porażenia kiłowe, a raczéj wprost przeciwnie. I one dotyczą wprawdzie także źrenicy, ale tylko dla tego, że zajmują wszystkie rozgałęzienia końcowe n. okoruchowego, nigdy zaś nie ograniczają się do porażenia saméj źrenicy, które jest téż niejako tylko dodatkowém i stanowi objaw podrzędny i znikający poniekąd w zbiorze zboczeń czynnościowych, jak zézowatość, widzenie zdwojone, nieruchomość oka w tym lub owym kierunku. Różnicę tę tłumaczy F. ze stosunków anatomicznych. Zmiany chorobowe, wywołujące porażenia kiłowe, mają swoją siedzibę między wyjściem nerwu z mózgu a jego rozgałęzieniem się w oczodole, dotyczą więc jego pnia, w którym znajdują się połączone wszystkie jego gałęzie, muszą zatém objawiać się równoczesném porażeniem wszystkich gałązek. Wprost przeciwnie ma się rzecz, jeżeli zmiany chorobowe znajdują się w samych jądrach początkowych w mózgu, bo zmiany te mogą dotyczyć tego lub owego jądra, a nie zajmować innych, mniéj lub więcéj oddalonych, najczęstszą zaś sprawą chorobową, wywołującą takie zmiany jąder początkowych jest właśnie wiąd. Drugą cechą właściwą porażeniom wiądowym jest zachowywanie się źrenicy na wpływ światła i akomodacyi. Wiadomo, że źrenica oka zdrowego zwęża się na wpływ światła, wpadającego do oka, tudzież przy zastosowaniu się oka do przedmiotów blizkich. Zupełna nieruchomość źrenicy tak na wpływ światła, jakoteż i na wpływ akomodacyi, cechuje zwyczajne porażenia n. okoruchowego, zrządzone przez kiłę i inne przyczyny, skoro ich przyczyną anatomiczną są zmiany samego pnia nerwowego. Zupełnie inaczéj przedstawiają się porażenia źrenicy wiądowe, przynajmniéj w ogromnéj większości przypadków. Źrenica bywa rozszerzona i nie oddziaływa na wpływ światła, lecz zwęża się pod wpływem akomodacyi, t. j. gdy choremu każemy nagle wpatrywać się w przedmiot blizki, np. nasz palec blizko oczu trzymany. Krótko mówiąc: brak odruchu na wpływ światła z utrzymaniem odruchu akomodacyjnego. W ten sposób nie zachowuje się źrenica nigdy w porażeniach pochodzących z innych przyczyn, mianowicie wywołanych przez kiłę. Brak odruchu akomodacyjnego jest więc objawem pomyślnym, bo pozwala wykluczyć wiąd; utrzymanie tego odruchu jest przypadem złowrogim, bo ono samo przemawia za wiądem, jako przyczyna porażenia. Miejsce rozszerzenia może zająć zwężenie źrenicy samo lub też w połączeniu z porażeniem któregokolwiek z mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy. Oprócz tych cech odnoszących się do stanu obecnego, a dozwalających odróżnić porażenia wiądowe od innych, zwłaszcza kiłowych, okazują one jeszcze w swoim przebiegu pewne właściwości, różne w miarę przyczyny wywołującéj. I tak porażenia kiłowe cechują się swoją trwałością, a nieleczone kończą się zazwyczaj zupełną bezczynnością mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy. Inaczéj zachowują się porażenia wiądowe, zwłaszcza te, które nas tutaj najbardziéj obchodzą, t. j. powstające w samych początkach wiądu, a więc zwiastujące bezład ruchowy długi czas naprzód. Porażenia te odznaczają się w ogólności tém, że bywają często przemijające, nietrwałe. Trwają one np. niekiedy parę tygodni, kilkanaście, a nawet tylko kilka dni, a niezbyt rzadko są tak przelotne, iż trwają tylko dzień jeden, kilka godzin lub jeszcze króciéj. Jeżeli więc jakiś chory cieszy się z szybkiego ustąpienia porażenia, lekarz smucić się niém raczéj winien, bo jest ono oznaką wiądu i to wiądu niegrożącego dopiero, lecz już niewątpliwego. Ale wniosek odwrotny nie jest usprawiedliwiony, bo chociaż porażenie przemijające uważać można właśnie dla tego, że jest przemijające za wiądowe, to porażenie trwałe nie wyklucza bynajmniéj wiądu, który wywołuje nie tylko przemijające ale i trwałe porażenia.

Nie ulega wątpliwości, że porażenia będące skutkiem zmian w pniu nerwowym lub jego sąsiedztwie mogą po wyleczeniu powrócić, lecz takie powroty są w ogólności rzadkie, wprost wyjątkowe, ale to, co tutaj jest wyjątkiem, bywa regułą w przypadkach porażeń wiądowych. Bardzo często porażenie wiądowe n. okoruchowego znika, lecz powraca znów w téj saméj lub odmiennéj postaci anatomicznéj. Jednem słowem powroty cechują porażenia wiądowe, a ich pojawienie się przemawia przeciw kile, a za wiądem

jako przyczyną porażenia. Odmiennie nareszcie zachowują się porażenia pod względem ustępowania w miarę przyczyny, która je wywołała. Porażenia wiądowe mogą być trwałe albo też przemijające, wyleczne. W tym ostatnim razie odznaczają się one często po pierwsze tém, że ustępują nierzadko szybko, czasem nawet nagle, powtóre, że wyleczenie ich bywa dobrowolne, wydarza się bez jakiegokolwiek leczenia. Porażenia natomiast, będące skutkiem zmian kiłowych samego pnia nerwu okoruchowego lub jego sąsiedztwa, nie okazują skłonności do ustąpienia dobrowolnego, a powtóre, poddane należytemu leczeniu swoistemu ustępują zwolna i stopniowo. Jeżeli więc porażenie nerwu okoruchowego polepsza się i ustępuje w krótkim czasie, rokować należy niepomyślnie, bo w ten sposób dokonywa się wyzdrowienie w znacznéj liczbie przypadków porażenia wiądowego. Jeżeli przeciwnie w jakimś przypadku porażenie polepsza się pod wpływem leczenia swoistego trudno i krokiem wolnym, a ustępuje stopniowo, winszować można choremu, bo z jednéj strony spodziewać się można zupełnego wyleczenia, z drugiéj strony nie ma obawy wywiązania się wiądu rdzenia pacierzowego.

W końcu zestawia autor cechy odróżniające porażenia nerwu okoruchowego w sposób następujący:

Będące objawem wiądu.	Będące objawem zmian układu nerwowego.
I. Porażenia częściowe, dotyczące często wyłącznie saméj źrenicy.	I. Porażenia całkowite.
II. Okazują jednę z dwóch właściwości: 1° Utrzymanie odruchu akomodacyjnego. 2° Zwężenie źrenicy.	II. Nie wydarza się nic podobnego.
III. Często szybko przemijające, niekiedy przelotne, chwilowe.	III. Trwałe.
IV. Znaczna skłonność do powrotów.	IV. Nieskłonne do powrotów
V. Ustępują często dobrowolnie i nagle.	V. Ustępują tylko skutkiem leczenia swoistego i w sposób powolny, a stopniowy.

(*Recueil d'Ophthalmalogie* Marzec 1887). *Rydel.*

Medycyna wewnętrzna.

O. Fräntzel: Kreozot w suchotach.

Jeszcze w 4tym dziesiątku tego stulecia używano kreozotu w suchotach płucnych, jednak skutki nie były zadowalające, tak, że wkrótce zapomniano o nim zupełnie. Dopiero Bouchard i Gimbert w r. 1877 na nowo zaczęli stosować ten środek w większych niż przedtém dawkach i gorąco go polecali w suchotach płucnych. Zachęcony więc wynikami, jakie otrzymali ci dwaj autorowie, zaczął go Fräntzel używać u chorych w Charité już od r. 1877. Zwykle podawano chorym mięszankę złożoną z kreozotu 13 grm., *Tinct. gent.* 30·0, *Spir. vin. rectificatss.* 250·0, *Vini xerens. q. s. ad col.* 1000·0, S. 2—3 łyżki na dzień, lub też w przypadkach, w których należało podawać rozczyn słabszy, brali chorzy: *Kreosoti* 1·0, *Tinct. gent.* 2·5, *Spir. vini rectificatiss.* 25·0, *Vini xerens. q. s. ad col.* 100·0, z tego 2—3 łyżeczki w szklaneczce wody. Dla porównania jednych chorych żywiono doskonale, umieszczano w najodpowiedniejszych warunkach higijenicznych i żadnych innych leków nie podawano, drugim zaś w tych samych warunkach podawano kreozot. Wyniki były bardzo dobre, szczególnie u tych chorych, którzy nie mają jeszcze bardzo rozległych zmian w płucach. Łaknienie się zwiększało, plwocin było o wiele mniéj, kaszel, krótki oddech i bóle w piersiach zmniejszały się z czasem, a równocześnie z tém i na wadze chorych przybywało. 3—5 funtów przybytku na wadze było zwykłą rzeczą, bywały jednak przypadki, że waga podnosiła się o 20—30 funtów. Jeżeli w przeciągu pierwszych 4 tygodni ciężar ciała nie zwiększa się, to w tych przypadkach nie możemy się spodziewać polepszenia. Z ogólném polepszeniem idzie w parze zmniejszenie się ilości prątków gruźliczych, a nacieki w szczytach powoli się rozdzielają i rzężenia znikają. Jednakże ilość prątków nie zmniejsza się w prostym stosunku do ogólnego polepszenia i w rzadkich tylko przypadkach schodzi ilość prątków ze skali (Dr. Gaffky) Nr. 3 na Nr. 2, Nr. 1, lub wreszcie zupełnie znikają. Odsetek chorych, u których nastąpiło albo wyleczenie albo znaczne polepszenie, nie jest tak znaczny, bo na 400 chorych suchotników leczonych w Charité wynosi zaledwie 15. Niektórzy chorzy rok rocznie na zimę powracali do szpitala, doznawali znacznego polepszenia, a z wiosną opuszczali zakład, będąc zdolni do pracy zawodowéj. Również i prof. Sommerbrodt w Wrocławiu („o leczeniu gruźlicy kreozotem“ *Berlin. klin. Wochschr.* Nr. 15) zachwala bardzo kreozot w niezbyt ciężkich przypadkach suchot płucnych. Stosował on kreozot w kapsułkach, które zawierały 0·05 kreozotu i 0·2 *balsam. tolutani*. Pierwszego dnia podaje jednę kapsułkę, drugiego dnia dwie, a następne 8 dni po 3 dziennie, po każdém jedzeniu jednę. W 2gim tygodniu 4 kapsułki, w 3cim tygodniu 5, w 4tym tygodniu 6. Jeżeli chorzy znoszą dobrze kreozot, a na 100 chorych zaledwie jeden z powodu odbijania, krztuszenia się i wymiotów musi zaprzestać leczenia, to zacząwszy od 6go tygodnia przez 2 miesiące daje po 6 kapsułek i powoli do 9ciu dojść można. Po 2—3 miesiącach zwykle następuje przerwa kilkutygodniowa, a następnie zaczyna się znowu od początku i w razie potrzeby prowadzi się takie leczenie przez rok cały. Bywały nawet przypadki, że chorzy bez przerwy zażyli 600—1200 kapsułek, a jedna chora bez przerwy zażyła nawet 2000 kapsułek, zacząwszy od stycznia a skończywszy w grudniu tegoż samego roku. W styczniu chorę tę przedstawiono na wykładzie studentom i wówczas miała głęboki wrzód gruźliczy na lewym wyrostku głosowym, rozległy naciek w prawym szczycie, wyraźny oskrzelowy wdech, rzężenia dźwięczne, gorączkę, poty nocne, przytém nie miała żadnego łaknienia i schudła w ostatnich czasach nadzwyczajnie. Badając ją zaś w grudniu można było widzieć tylko bliznę na miejscu dawnego wrzodu, a żadnych zmian w płucach nie można było wykazać. Chorzy mogą się łatwo przyzwyczaić do kreozotu, tak że nieraz czują brak jego, kiedy w leczeniu następuje jakaś przerwa. W początkach zazwyczaj bywa odbijanie, jednak i to chorzy przezwyciężają, a w razie gdyby odbijanie mocno chorym dokuczało, w takim razie należy zrobić kilku lub kilkunastudniową przerwę. Podczas miesiączki lepiéj chorym kreozotu nie podawać, ponieważ nieraz prof. S. zauważył, że krwawienie miesięczne bywa śród używania kreozotu bardzo obfite. Jedna jeszcze jest dodatnia strona kreozotu, że przy jego użyciu kaszel się zmniejsza i plwocin wykrztusza chory o wiele mniéj, tak że można zupełnie obejść się bez morfinu, zwykle w takich razach używanego. Bez używania chininu i agariciny chorzy tracili gorączkę i poty, a ogólne odżywienie i wejrzenie znacznie

się poprawiało. Nawet w takich przypadkach następowało polepszenie, w których chorzy znajdując się w złych warunkach higijenicznych wcale ich nie zmieniali. Niemniéj dobre wyniki dawał kreozot w zołzowych obrzmieniach gruczołów, które dopiero po dłuższém użyciu kreozotu zmniejszały się, a nie ulegały żadnéj zmianie na lepsze po innèm leczeniu.

W ogóle można powiedzieć, że czém więcéj kreozotu dostaje się do organizmu, tém skutki są prędsze i lepsze. Na dowód tego może służyć chory uczeń gimnazyjalny, który przedstawił się prof. S. d. 17 listopada ze znacznym naciekiem w płucach. Prof. S. polecił 3 kapsułki na dzień, lecz chory w skutek niezrozumienia używał 3 razy po 3, czyli prawie ½ grm. dziennie. Badany d. 28 grudnia okazywał bardzo znaczne polepszenie pod każdym względem, tak że nie było potrzeby zmieniać nic w leczeniu. Dnia 29 stycznia wyżył w ten sposób 627 kapsułek czyli w 73 dniach 31 grm. kreozotu. Badanie przedmiotowe nie wykazuje stłumienia w płucach, tylko nieznaczne rzężenia, chory przytém kaszle bardzo mało, nie wykrztusza nic, a na wadze przybyło go 5 funtów. Ten i podobne przypadki zachęcają prof. S. do polecenia kreozotu w wyżéj wymienionych przypadkach. *(Deutsch. med. Wochschr.* 1887 Nr. 14), (*Berl. klin. Wochschr.* 1887 Nr. 15). Dr. *J. Surzycki.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

Rozpowszechnione używanie makowca było dla mnie jedną z najciekawszych okoliczności, na którą zwróciłem uwagę zaraz na wstępie do Persyi. Już w okolicach Kermanszachu i Kengawaru widząc znaczne przestrzenie pokryte zasiewami maku, skropione i doglądane bardzo starannie, przypuszczałem, że uprawa téj rośliny jest tutaj jednym z ekonomicznych środków zapewniających dobrobyt ludności pewnych okolic. W tém mniemaniu utrzymywały mnie jeszcze zebrane szczegóły o ilości zbieranego soku, dochodzącéj w pewnych okolicach do 10ciu tysięcy funtów rocznie i płaconych na miejscu po 14 franków za funt. Gdy zaś uwzględnimy, że w całéj Persyi uprawa maku daje produkt obliczany na 87 tysięcy batmanów, prawie 250 tysięcy funtów, wypadałoby uważać tę gałęź rolnictwa jako bardzo korzystną dla właścicieli ziemskich. Tak jednak nie jest. Uprawa bowiem maku nie ma tu na celu wywozu tego produktu za granicę, a tylko pochłanianie całéj téj ilości w kraju i to drogami, z któremi się wkrótce zapoznamy. Jedynie zaś tylko nasienie maku wydobyte po uprzedniém zebraniu soku, a zatém na pół dojrzałe, jest przedmiotem nieznacznego wywozu do Iraku i Kurdystanu.

Wszystkie znane dotąd botanikom odmiany maku (rod. Papaver) bywają uprawiane i wybornie udają się w Persyi. Zasiew nasienia rozpoczyna się zwykle w drugiéj połowie lutego i trwa do końca marca. W wyborze gleby tutejszy mieszkaniec nie znajduje żadnéj trudności. Byleby przestrzeń nie była żwirowatą, można być pewnym, że zasiew się uda. A do tego wystarcza poruszyć glebę motyką, ułożyć w bruzdy, w które rzuca się ziarno, pozostawiając je samemu sobie. W drugiéj połowie maja roślina pokrywa się już kwiatem, łodyga staje się korowatą, główka tylko pęcznieje, powiększa się i jednoczy w sobie całą siłę wegetacyjną, tak że z końcem czerwca, t. j. z chwilą opadania płatków korony kwiatowéj, rozpoczyna się zbieranie soku. Czém gdzieindziéj oczyszczanie basztonów lub winobranie, tém w okolicach uprawy maku czas zbierania jego soku. Wtedyto mieszkańcy całych miasteczek lub wiosek bez różnicy płci i wieku wyruszają ranną godziną na pola, czekają na podeschnięcie rosy i ostrząc swoje nożyki, powoli ustawiają się przy grzędach. Na dane hasło zwykle wykrzyk „*Ali mewdżud*“ (obecny Ali), lub poprostu zanucenie stosownéj piosenki, wszystko zabiera się do roboty. Krzywym nożykiem z bardzo wydatnym i ostrym brzuścem robi się kilka podłużnych nacięć na makówce, czyni się toż samo z inną i następną, odbywając ten mały rękoczyn z nadzwyczajną szybkością, podniecaną jeszcze ciągle kontynuowaną piskliwą śpiewką. W parę godzin tysiące makówek mogą być w ten sposób nacięte: a cała rzecz zależy na tém, ażeby robota została skończoną przed siódmą godziną rano. Tak ponacinane makówki pozostawiają się na całe 24ry godzin, strzeżone przez wyłącznie już oswojonych robotników. Nożyki tylko użyte do nacinań są poddawane lekkiemu oskrobaniu i w małéj ilości zebrany z nich sok oddaje się właścicielowi pola, jako najprzedniejszy produkt. W ciągu doby z ponacinanych szpar wydziela się pewna ilość mlecznego soku, gęstniejącego na powierzchni makówki i wkrótce przybierającego brunatną barwę. Takito sok natychmiast zbierają za pomocą żelaznéj łopatki i drewnianéj rynewki, z których pierwszą robotnik trzyma w prawéj ręce, drugą zaś zawiesza na szyi. Łopatką sok zgarnia się z powierzchni makówki, wkłada się do ryuienki, w któréj zebrana pewna jego ilość wrzuca się do naczyń glinianych, wewnątrz zwilżonych pewną ilością olejku kokosowego. Naczynia zawierające sok przykrywa się jużto liśćmi maku, lub téż sok już stężały zbija się w gomułki, okręca się liśćmi szczawiu i przysypuje się jego nasieniem. W takim stanie sok przechowuje się do dalszego użytku, lub téż jeżeli ma być użyty zaraz do wdychania, poddaje się następującéj jeszcze przeróbce. Na żelazną wypolerowaną płytę, ustawioną pochyło ku ziemi, nakłada się pewną ilość zgęstniałego soku i szeroką lecz giętką żelazną łopatką rozprowadza się go po powierzchni płyty. Raz rozciągnięty, znowu się zbiera, rozmiażdża, aż do utworzenia jednostajnéj masy, która w ten sposób roztarta, zmienia swoją barwę, i z brunatnéj, jaką była, staje się pomarańczową. Wreszcie tak przerobioną rozdziela się na kwadratowe lub podłużne kosteczki, obwija się złotym papierem i opatrzoną pieczątką wyrabiającego wprowadza się w handel, któremu oddają się tylko wyłącznie uprzywilejowani, nie w skutek jednak uznanéj uczciwości, lecz dla zręczności, jaką posiadają w zachwalaniu i rozprzedawaniu makowca. Rzecz prosta, że pewną jego ilość zachowuje się na domowy, spiżarniany, że tak go nazwę, użytek. Bo jeżeli używanie gorzałki i wina bywa ograniczone do wyższych warstw perskiego społeczeństwa, to przeciwnie wdychanie i połykanie makowca bywa tu praktykowane przez wszystkich, bez względu na płeć, począwszy od noworodka, a kończąc na zgrzybiałym starcu.

Okoliczność, że makowiec jest produktem czysto miejscowym, pozwalałaby mniemać, że i jego własności są tu znane i że wpływ, jaki wywiera na układy ustrojowe, należycie oceniają. Tak jednak nie jest. Uważany tu jako środek leczniczy małego znaczenia i jako taki rzadko używany, jest przeciwnie otoczony aureolą własności podniecających fantazyję i o któréj rozbudzenie lub utrzymanie w stanie dłuższéj podniety właśnie chodzi perskim wybrednisiom. Dla czego bowiem niepokoić się następstwami własnych nad-

użyć, martwić się i gryźć w skutek doznanych zawodów, jeżeli mamy pod ręką środek łagodzący to wszystko i choćby tylko na krótką chwilę pozwalający zapomnieć o nędznem naszém położeniu. Tak, powiadają, postępowali Hafiz i Saadi, wypada więc postępować za ich przykładem i niezachwianą okazać wytrwałość. To téż każdy się stara o posiadanie tyle wpływowego środka i ubiega się, aby posiadać najwykwintniejsze przyrządy do jego użytku. Drogi zaś, jakiemi makowiec (nie wiem, dla czego nazywany tu *terryak)*, bywa wprowadzany do ustroju, są następujące: palenie, oddychanie powietrzem przesyconém jego parą i branie pigułek przygotowanych z czystéj jego masy, z warunkiem pominięcia wszelkich innych dodatków. Do palenia używa się jużto *nargilleh*, lub mały kaolinowy słoiczek z szerokim górnym otworem, przeznaczonym na krótki koniecznie bambusowy cybuszek i z małym otworem bocznym, służącym do wprowadzenia dymu do słoika w chwili mającego się dokonać palenia. Na otwór boczny i obok niego nakłada się cieńką warstwę rozgrzanego nieco w palcach makowca, na chwilkę pozostawia się go podeschnięciu i następnie dodaje się nową warstwę z nieco silniejszém przyciśnięciem jéj do pierwszéj. Słoik po zaopatrzeniu go w cybuszek jest wtedy gotów do użycia. Umyślnie przyrządzonemi szczypczykami bierze się żarzący topolowy węgiel, zbliża się go do powierzchni nałożonéj masy, i podmuchując od czasu do czasu, doprowadza się makowiec do stopnia ulatniania się. Wtedy, aby nic nie stracić z ilości jego pary, silnemi wdechami wciąga się do cybuszka i następnie wprowadza się do przewodu oddechowego. Stosownie do podatności i wrażliwości osób czynność tę powtarza się raz lub kilka razy w ciągu jednego posiedzenia, aż do chwili wprowadzenia siebie w stan pożądanego upojenia. Ćmienie w oczach, poty na czole i klatce piersiowéj, obręczowy ucisk głowy, wstręt do pokarmów i palenia tytoniu, są wskazówką rozpoczynającego się działania dymów makowcowych, które wzmocnione nową dawką podniecają wreszcie ośrodki nerwowe i rozbudzają błogi stan fantazyi, jaki nałogowy palacz (*terryaki*) przenosi nad wszelkie rozkosze przyrzeczonego mu nawet raju. Tak jednak postępują tylko cierpliwsi. Ci zaś, którym chodzi o szybsze upojenie się, nie zwykli używać słoików, a tylko sporą grudkę makowca wrzuciwszy na rozżarzone węgle (*nargilleh*) kilkoma silnemi wdechami łatwo wprowadzają się w stan upojenia, bardziéj trwały i rozkoszniejsze, jak powiadają, stwarzający marzenia.

Oddychanie parami makowca ogranicza się znowu tylko do wykwintnych buduarów tutejszych odalisek. Gdy bowiem pan domu w gronie chłopaków upoił już swe zmysły, na dany znak, zależący na posłaniu do *henderunu* tlejącego jeszcze z makowcem cybuszka, wchodzi się niejako w drugi okres rozkoszy, przez zmianę tak dekoracyj jak i płci samych aktorów. Kobiety wtedy spieszą najprzód usunąć z pobliża wszystko, co przekwitłe i co mogłoby rozbudzić wstręt pana domu. Następnie te z nich, co się cieszą szczególną względnością, wstępują do wyłącznie przygotowanego apartamentu, zwykle bez okien i z wejściem zakrytém grubą i ciężką kotarą. Tam na kraciastych, wyłącznie do tego używanych przyrządach, często bardzo pięknéj roboty, rozkładają się najprzód żarzące węgle, na nich spalają się rozmaite aromaty, trociny z sandału i kaskaryli, bursztyn, liście różane, z *adansonia digitata* i t. p.; poduszki i dywany nakrapiają się wodą fijołkową i dbając pieczołowicie o utrzymanie tego rodzaju atmosfery, odaliski czekają na przybycie pana. Zjawia się on zwykle sam. I z chwilą wejścia do tak przygotowanéj komnaty, rozpoczyna się nasycanie i tak już ściśniętego jéj powietrza parami makowca, który właściwym sobie zapachem wkrótce usuwa rozpylone aromaty, działa upajająco na przytomnych i posuwa do orgij, na które pospieszam co rychléj rzucić grubą zasłonę, aby je oddzielić od zewnętrznego świata.

Trzeci wreszcie sposób używania makowca w Persyi jestto branie przygotowanych zeń pigułek. Jestto jeden z najbardziéj popularnych sposobów. Toteż każdy, czyto w domu, czy przy zajęciu, w bazarze, czy w drodze, żołnierz w marszu, duchowny w meczecie, rabuś na swym posterunku, kobieta w *henderunie* lub przy codziennéj uciążliwéj pracy, wreszcie rolnik na polu i przewodnik w podróży, wszyscy bezwarunkowo noszą z sobą pewną ilość makowca, przechowywaną stosownie do stanu zamożności w misternych złotych lub emalijowanych pudełeczkach, lub téż poprostu w blaszanych puszkach. W każdym więc razie, gdy się nie ma czasu do wypalenia cybuszka lub *nargilleh* z gałką *terryaku;* gdy nałogowe przyzwyczajenie nie da się niczém powściągnąć, wtedy wystarcza parę lub kilka pigułek, które uspakajają, skracają czas, a jak twierdzą doświadczeni znawcy, dodają i energii znużonemu ustrojowi.

Tak nadmierne karmienie się makowcem i przypisywanie mu działania na rozbudzenie fantazyi tylko, fatalnie oddziaływa na ustrój i układ nerwowy tutejszych mieszkańców. W rzędzie ludów wschodnich policzeni do obdarzonych najbujniejszą wyobraźnią, cieszący się dobrym humorem, w istocie są takimi, lecz wtedy tylko, gdy więcéj lub mniéj znaczna dawka makowca wyniesie ich ponad poziom zwykłego bytu! W rzeczywistości zaś stoją na niższym od innych szczeblu rozwoju umysłowego i pomijając w téj okoliczności przepisy zakonu, surowo zabraniające używania *terryaku*, nie uwzględniają téż wpływów, jakie środek ten wywiera na własne ich zdrowie i rozwój umysłowy ich potomstwa. Żyć bowiem wesoło, gdy okoliczności pozwalają, a gdy nie, to stworzyć sobie właściwą powabną sferę, to popularna dewiza, któréj hołdując, mieszkaniec Persyi nie zwykł wybierać w środkach. Jakim jednak okolicznościom należy przypisać tak wielkie rozpowszechnienie się używania makowca? to istotnego źródła nie podobna mi było odkryć. Z dopytywań się, a głównie ze szczegółów otrzymanych od lekarza Szacha, Mirzy Habibvułłach, o tém tylko mogłem się zapewnić, że makowiec od bardzo dawna znany już jest Persom, i że nawet stale był używany na dworach potężnych ich niegdyś władców. Tak nawet, że w czasach, gdy Avicena mieszkając w Hamadanie, nie dał się powściągnąć w swoich zdumiewających ogół rozpustach, jego przyjaciele mieli podobno uciec się do makowca, którego skuteczny wpływ na umysł tak znanéj i cenionéj osobistości, jaką był Ibu-Rasz, wpłynął stanowczo na utrwalenie się wziętości makowca i jego rozpowszechnienie się nawet pośród najniższych warstw perskiego społeczeństwa. (C. d. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Guttmann i Merke: **O dezinfekcyi mieszkań.**

Sprawa dezinfekcyi w przypadkach chorób zakaźnych nabiera z dniem prawie każdym coraz to większego znaczenia w życiu codziennem; i przyznać trzeba, że dezinfekcyję przedmiotów martwych, rąk i narzędzi operacyjnych posunięto

do wysokiego stopnia doskonałości, słabą stronę całego tego systemu ochronnego stanowi zawsze jeszcze dezinfekcyja mieszkań, a mianowicie ścian. Że okadzania octem, dawniéj tak gorliwie przedsiębrane, ani nawet chlorem lub parami siarkowemi nie mogą się ostać w obec nauki, wątpliwości nie ulega, to téż tłumaczy, że w ostatnich czasach podejmowano doświadczenia w tym kierunku, a z jednego szeregu takich doświadczeń, czynionych przez wymienionych dyrektorów szpitala Moabit w Berlinie, zdajemy właśnie sprawę.

Jak słusznie zauważyli G. i M., powinno wszelkie postępowanie przy dezinfekcyi ścian uczynić zadość następującym warunkom: 1) Nie powinno ono uszkadzać ścian; 2) nie powinno być połączone ze szkodą ani dla mieszkań, ani dla zajmującego się tą sprawą; 3) w użyciu powinno być łatwe i 4) połączone z nieznacznym nakładem. Dosyć często słychać zdanie, że celem oczyszczenia mieszkania najlepiéj jest zedrzeć obicia pokojowe, t. zw. tapety i na nowo czystemi okleić, ściany malowane zaś kazać na nowo pomalować. Pomijając okoliczność, że takie postępowanie jest połączone ze znacznym kosztem, nie niszczy ono wcale zarazków, które mogły tkwić na ścianach, owszem przyczynić się może do rozwleczenia takowych. Dokładna dezinfekcyja powinna niszczyć zarazki na ścianach, pułapie, podłodze i w powietrzu zawisłe i do tego celu dążąc podjęli G. i M. doświadczenia skrapiając za pomocą rozpylacza zarazki umieszczone na nitkach przyczepionych do ścian. Do takich skrapiań używali rozmaitych rozczynów sublimatu i kwasu karbolowego a zarazki, które wybrali do prób swoich: prątki wąglikowe, odznaczają się wielką odpornością i żywotnością. Autorowie wybrali umyślnie ten rodzaj prątków do swoich doświadczeń, których wykonali 450, gdyż powszechnie wiadomo, że przyrzuty chorób zakaźnych po części jeszcze nie dokładnie znane odznaczają się odpornością rozmaitego stopnia czasem nawet bardzo znaczną, to też w doświadczeniach tych użyte prątki zajmują w szeregu odporności przedostatnie miejsce, pozostawiając pierwszeństwo pod tym względem prątkom z ziemi ogrodowéj (*Gartenerdebacillen*).

Postępowanie ich było następujące: Nitki z przyschniętemi prątkami wąglikowemi przyczepiali do ścian za pomocą małych gwoździ, część nitek na pułapie i firankach, każde doświadczenie czyniono w przestrzeni innym rodzajem obicia okrytéj, a kilkakrotnie przedsiębrano te doświadczenia w zwykłych pomieszkaniach. Zanim nitki przymocowano, odcinano kawałki takowych i przechowywano osobno dla kontroli; oznaczając je odpowiedniemi liczbami. Teraz skropiono tapety płynem niszczącym jednostajnie, dopóki cała ściana nim nie nasiąkła, gdy to nastąpiło skropiono, powtórnie, ażeby płyn spływał po ścianie, zabierając ze sobą na podłogę pył i wszystko, co na powierzchni ściany napotkał. Podłogi polano przedtém płynem odrażającym. Skoro ściany wyschły, po krótszym lub dłuższym czasie, względnie do ciepłoty pokoju, odcinano nitki i badano takowe w odpowiednich pożywkach, śledząc, czy nastaje rozwój prątków, jak szybko i w jakiéj ilości. Równocześnie poddawano badaniu kawałki odcięte przedtém dla kontroli. Używając w 75 doświadczeniach 5% rozczynu kwasu karbolowego przekonali się autorowie, że rozwój prątków nie uległ a n i r a z żadnéj zmianie i odbywał się tak samo na nitkach skropionych jak i na odciętych dla kontroli kawałkach.

Rozczynem, którego skuteczność sprawdzono w największéj liczbie doświadczeń, był rozczyn sublimatu 1:1000, i ten też rozczyn polecają autorowie jako jedynie odpowiedni do tego postępowania. Okazało się bowiem, że na 200 próbek różnych tapet nie uległa żadna z nich zmianie barwy, owszem barwa była po skropieniu starych tapet żywszą niż przedtém, a pewnemu uszkodzeniu uległy jedynie tapety najlichszego gatunku, sporządzone z papieru bibulastego cienkiego. Ściany malowane rozmaitemi barwami nie ulegały żadnéj zmianie niekorzystnéj. Aby się przekonać, czy takie skrapianie nie szkodzi robotnikowi zajętemu tą pracą, wykonano je w 4ch pomieszkaniach zakażonych razem w 12tu pokojach i przekonano się, że robotnik, który się podjął téj pracy za pomocą dużego rozpylacza, połączonego z mieszkiem balonowym wielkich rozmiarów, nie doznał przy tém żadnéj szkody na zdrowiu, a jedyną nieprzyjemnością, która się wydarzała, było pieczenie w oczach, gdy w skutek nieostrożności prysło nieco płynu do oka.

Zachodziło teraz pytanie, czy sublimat, który pozostaje w tapetach, nie szkodzi zdrowiu mieszkańców i doświadczenia dokonywane systematycznie wykazały, że około dnia 28 po skropieniu nie można już wykazać rtęci w papierze i sublimat znika widocznie ustępując wraz z pyłem z mieszkania. Obliczenie wykazało, że po obfitém skropieniu pozostaje około 5gm. sublimatu w pokoju średnich rozmiarów; aby i tę ilość uczynić nieszkodliwą dla mieszkańców, polecają autorowie skropić ściany obficie 1% rozczynem węglanu sodowego, który zamienia całą ilość sublimatu w połączenie w wodzie nierozpuszczalne, jak tego dowodzą odpowiednie przez nich czynione badania. Tapety nie zmieniają barwy również po polaniu węglanem sodowym tak, że sposób ten z tego względu na polecenie zasługuje.

Koszta takiéj dezinfekcyi są bardzo małe i wynoszą dla pokoju o powierzchni ścian i podłogi 75—80 metrów kwadratowych około 10 fenigów i 6 godzin pracy robotnika, który przy pewnéj wprawie może w jednym dniu oczyścić w ten sposób dwa pokoje mieszkalne. Oczyszczenie mieszkania za pomocą 5% rozczynu kwasu karbolowego nietylko, że nie prowadzi do celu, lecz wymaga nadto znaczniejszego bo 8-kroć większego nakładu. (*Virchow Archiv f. path. Anat.* T. 107, str. 459). *Dr. Schaitter.*

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w kwietniu roku 1887.

T y f u s b r z u s z n y stwierdzono w kwietniu w mieście Lwowie i Krakowie oraz w 68 miejscowościach 28 powiatów u 2028 chorych. W porównaniu z stanem w miesiącu marcu br. wzmogła się więc liczba gmin nawiedzonych tyfusem, jakotéż i liczba chorych; jedynie śmiertelność była w kwietniu niższą. Z 2028 leczonych chorych wyzdrowiało 1402 czyli 69·1%, umarło 145 czyli 7·1% (w marcu 9·7%), pozostało w leczeniu 481 osób w 34 miejscowościach. W powiecie kamioneckim było w 8 gminach 169 chorych, z tych umarło 19, w powiecie sokalskim w 5 gminach 148 chorych, w powiecie lwowskim w 4ch gminach 195 chorych; największa śmiertelność była w powiecie złoczowskim, gdzie w trzech gminach z 84 chorych umarło 13 czyli 15·4%. W mieście Lwowie było w kwietniu 108 przypadków tyfusu (brzusznego i plamistego), z tych przeważna ilość w krajowym szpitalu powszechnym. Obecnie jednak tyfus we Lwowie przygasa.

T y f u s p l a m i s t y stwierdzono w kwietniu w mieście Krakowie i w 55 miejscowościach 23 powiatów u 1566 osób, z tych wyzdrowiało 955 czyli 61·0%, umarło 130 czyli 8·3%, pozostało 481 chorych w 38 miejscowościach. W marcu roku bieżącego było w kraju 1299 chorych na tyfus plamisty, z tych umarło 84 czyli 6·5%, w kwietniu roku 1886 tylko 906 chorych w 29 gminach z śmiertelnością 10·6%, w kwietniu zaś 1885 w 64 gminach 1752 chorych, z tych umarło 109 czyli

6·2%. Największa liczba chorych była w kwietniu b. r. w powiecie horodeńskim, mianowicie w 3 gminach 241 chorych, z tych umarło 15, dalej w powiecie tarnopolskim w 6 gminach 239 chorych (umarło 19 czyli 8%) w sąsiednim powiecie skałackim w 4 gminach 136 chorych (umarło 15 czyli 11%), w powiecie buczackim w 4 gminach 114 chorych (umarło 12 czyli 10·5%). Wszystkie wymienione powiaty należą do powiatów podolskich.

Epidemija szkarlatyny, która od maja 1886 do listopada ciągle się wzmagała, od listopada 1886 powoli lecz stale wygasa, panowała w kwietniu b. r. w 36 miejscowościach (także w mieście Lwowie i Krakowie) u 1158 chorych; z tych wyzdrowiało 822 czyli 71·0%, umarło 139 albo 12·0%, pozostało w leczeniu 197 osób w 12 gminach. Najwięcej chorych było w powiecie zbarazkim 232 w czterech miejscowościach, z śmiertelnością 12·5%; w dwu gminach powiatu cieszanowskiego umarło z 149 chorych 13 osób, w pięciu gminach powiatu dolińskiego stwierdzono 106 chorych a 9 przypadków śmierci.

Dyfteryja pojawiała się sporadycznie w 5 gminach, a tylko w mieście Lwowie z większém nasileniem. Z 112 chorych obserwowanych w kraju, wyzdrowiało 77 czyli 68·8%, umarło 28 czyli 25%, pozostało w leczeniu 7 osób.

Odrę stwierdzono w 27 miejscowościach, z 1381 chorych umarło 110, czyli 8%, resztę chorych i ozdrowieńców oddano opiece domowéj. Większa śmiertelność zdarzyła się tylko w powiecie mościskim, gdzie do dnia stwierdzenia epidemii w dwu gminach z 216 chorych umarło 36 dzieci, czyli 16·6%.

Krztusiec stwierdzono tylko w 5 miejscowościach, z 258 leczonych chorych ozdrowiało 173 czyli 67·1%, umarło 20 czyli 7·8%.

Czerwonka panowała tylko w jednéj gminie, z 17 chorych wyzdrowieli wszyscy.

Ospa natomiast szerzy się coraz więcéj. Gdy ją w marcu b. r. tylko w 47 gminach u 924 osób stwierdzono, w kwietniu panowała w 65 gminach u 1114 osób. Z tych wyzdrowiało 397 albo 35·6% szczepionych, 301 albo 27·0% nieszczepionych, umarło 12 czyli 1·1% szczepionych, a 113 albo 10·1% nieszczepionych, pozostało z końcem kwietnia 291 chorych (z końcem marca było 227 chorych). Najwięcéj gmin nawiedzonych ospą było w powiecie tarnobrzeskim, tam w 8u gminach było 145 przypadków choroby a 10 przypadków śmierci; w powiecie myślenickim w 7 gminach 121 chorych, w powiecie tarnopolskim w 5 gminach 144 chorych, z tych umarło 10 osób, w powiecie złoczowskim i kamioneckim także po pięć gmin było ospą nawiedzonych lecz ilość chorych znacznie była mniejszą niż w wyżéj wymienionych powiatach. Największą ilość zmarłych stwierdzono w jednéj gminie powiatu żydaczowskiego, gdzie z 55 chorych 17 dzieci czyli 31% umarło.

Lwów d. 12 maja 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ W sprawie założenia państwowego Urzędu zdrowia w Austryi. (C. d.) Dnia 2 maja na drugiém posiedzeniu komisyi Izby deputowanych, w którém brali udział zaproszeni znawcy, przemawiał w dalszym ciągu Fr. Gruber. Przeczył on potrzebie zakładania nowego urzędu, do którego żaden z istniejących za granicą wzorów nie nadawałby się, sądził natomiast, że potrzeba rozszerzyć, przeprowadzić i ulepszyć istniejącą organizacyję sanitarną, przyczém kładł nacisk na ostateczne uregulowanie służby zdrowia po gminach. Wskazywał, że Galicyja i Bukowina dla niepomyślnych stosunków zdrowotnych ciągle stanowią niebezpieczeństwo dla krajów sąsiednich aż po Wiedeń. Państwo winno temu zapobiedz, jak się to powoli stało w innych krajach. Posiadamy wyborną ustawę państwową przeciw pomorom bydła, ale nie mamy jéj przeciw pomorom ludzi, tu pomagamy sobie rozporządzeniami, nie posiadamy osób, któreby w dostatecznéj mierze nad przeprowadzeniem czuwały. Zdaniem mowcy zarząd zdrowia winien stanowić odrębną gałęź służby administracyjnéj. Obok niego winna istnieć najwyższa Rada zdrowia, posiadająca rozszerzony zakres działania, a zapytywana o zdania we wszelkich sprawach zdrowotnych. Prace jéj i wnioski należałoby ogłaszać. Członkowie winniby pobierać wynagrodzenie za czynności. Podobnie zorganizowanemi winny być krajowe Rady zdrowia; lekarze powiatowi odpowiednio płatnymi, wykonywanie praktyki prywatnéj nie powinno im być dozwoloném; korespondencyja między władzami zdrowotnemi winna być ułatwioną, a miasta autonomiczne nieposiadające rad zdrowia, między niemi Wiedeń, należałoby skłonić bezzwłocznie do ich ustanowienia. Mowca przemawia daléj za zakładami higijenicznemi, jako przybytkami badania i nauki, ale nie za uprzywilejowaniem w tym względzie Wiednia w porównaniu z resztą Austryi. Połączenie z niemi zakładów do badania pożywek nie uważa mowca za właściwe, te ostatnie należałoby przekazać krajom i miastom. Koszta tych urządzeń mogłaby tylko oznaczyć komisyja mięszana *ad hoc* złożona z lekarzy, techników i urzędników administracyjnych. Co do kosztów zakładu higijenicznego, jeżeli unikać się będzie wszelkiego architektonicznego zbytku, to wyniosą one zaledwie 400.000 złr. Interesa, których sprawa niniejsza dotyczy, mają tak wielkie znaczenie dla dobra państwa w ogóle i dla jego siły obronnéj, że nie należy się odstraszać wielkiemi wydatkami.

Następny mowca prof. higijeny Maks. Gruber uważa za najkonieczniejszą ostateczną organizacyję gminnéj służby zdrowia, państwo winno do tego dążyć wszelkiemi środkami, ewentualnie przez zmianę ustawy. W ministerstwie spraw wewn. należałoby urządzić samoistną sekcyję dla publicznéj służby zdrowia a podobnie uorganizowane oddziały przy rządach krajowych. Stanowisko lekarzy powiatowych wymaga gruntownéj reformy: winni oni bezpośrednio podlegać rządom krajowym, mieć wyższą rangę i płacę, a za to praktyka prywatna winna im być zakazaną. Jako władza nadzorująca i doradcza winni istnieć w krajach koronnych inspektorowie zdrowotni w liczbie odpowiedniéj wielkości i potrzebie kraju. Dzisiejsze rady zdrowia należałoby zatrzymać jako organa doradcze, w skład ich jednak wejść winni technicy i urzędnicy administracyjni. Pożądaną byłaby organizacyja stanu lekarskiego, którego reprezentacyja winna mieć prawo wyboru członków tych ciał doradczych. Mowca oświadcza się przeciw urzędowi zdrowia na wzór niemieckiego, należy przedewszystkiém odpowiednio wyposażyć higijeniczne zakłady naukowe. Z niemi można połączyć państwowe stacyje badania pożywek, połączenie bowiem to zaleca się z wielu względów. Zarząd zdrowia winien posiadać kredyt w odpowiedniéj wysokości, aby mógł podejmować potrzebne zadania naukowe przez właściwe siły zawodowe.

Z kolei fizyk m. Wiednia, Dr. Kammerer, zwraca uwagę na potrzebę zaprowadzenia dokładnéj statystyki lekarskiéj, urządzenia szkół higijenicznych i poparcia w tym kierunku przez gminy. Dzisiejsza organizacyja służby zdrowia wystarcza, potrzebuje jednak uzupełnienia przez urząd centralny, którego zadaniem byłoby pośredniczenie między naukowém badaniem a państwowemi organami wykonawczemi służby zdrowia, jak również staranie o zużytkowanie zdobytych rezultatów w drodze ustawodawczéj. Utworzenie państwowego urzędu zdrowia nie jest koniecznėm, natomiast koniecznėm jest uzupełnienie istniejącéj organizacyi, a mianowicie instytucyję lekarzy gminnych należy przy możliwém poparciu gmin w życie wprowadzić, liczbę lekarzy powiatowych pomnożyć, płace ich podwyższyć; urządzenie stacyj badawczych dla pożywek i używek w siedzibach rządów krajowych i w większych miastach uważa mowca za konieczne, równie jak urządzenie higijenicznych zakładów przy uniwersytetach. Wiedeński zakład higijeniczny winien być głównym dla wszystkich tego rodzaju badań i połączonym z istniejącym przy ministerstwie urzędem centralnym. Nauka higijeny winna być obowiązkową w uniwersytetach i akademijach technicznych. (Dok. nast.).

○ Szczepienie ochronne przeciw ospie metodą Pasteura w austryjackiéj Izbie deputowanych. Poseł Dr. Wiedersperg wniósł w Radzie Państwa następującą rezolucyję: „Uprasza się wys. Rząd o postaranie się, aby szczepienia ochronne w wiedeńskim szpitalu powszechnym na przyszłość były zapewnione“. W uzasadnieniu wspomina mowca, że Dr. Ullmann udał się do Rządu z prośbą o udzielenie mu subwencyi z funduszów państwa w kwocie 1300 złr., na prośbę tę jednak nie otrzymał dotąd odpowiedzi. Inne fundusze nie nadają się w tym celu. Nie ma wprawdzie zupełnéj pewności, że sposób ten leczenia jest bezwzględnie skuteczny, ale mimo to wyniki są świetne. Znaleźli się przeciwnicy, ale czyż nie miał ich Lister? Zarzuty zresztą Petera zbił już Vulpian. Istnieją wreszcie inne badania, popierające zapatrywanie Pasteura. Jeżeli zanim się coś na dochodzenie przeznaczy wymaga się pewności, to tak jakbyśmy powiedzieli, nie pierwéj pójdę do wody, aż się

pływać nauczę. Trzeba coś wydać, aby się przekonać. Pasteur sam nie powiada, aby postępowanie jego było bezwzględnie niezawodne. Zależy to od całego szeregu okoliczności, skuteczność każdego środka zawisła od nich. Jeżeli nie ulega wątpliwości, że przeciw głodowi jest pożywienie najlepszym środkiem, to i to tylko w pewnych warunkach, gdy głodny walczy ze śmiercią i ten środek zawiedzie. Cyfry są najwymowniejszemi: Po koniec 1886 zaszczepiono w zakładzie Pasteura 2682 osób, z tych zmarło 31 = 1·15%. Biorąc tylko cyfry po 6 listopada, to z 2164 zaszczepionych zmarło 29. Według statystyki Leblanca ze 100 pokąsanych zmiera 16 osób, winno było zatém umrzeć 346. Z 48 pokąsanych przez wilki, któreto rany są niebezpieczniejszemi, zmarło 7, t. j. 14%, gdy statystyka wykazuje, że śmiertelność w takich razach = 60% do 80%. Od czasu, gdy Pasteur zastosował energiczniejsze postępowanie, zaszczepił 50 osób pokąsanych w głowę i twarz, któreto pokąsania są niebezpieczniejsze, a mimo to nikt nie umarł. Dr. Ullmann zaszczepił od czerwca r. z. w Wiedniu 114 osób, z których 2 zmarło, stosunek to wprawdzie gorszy niż 1·15%, ale każdy przyzna, że liczbato za mała, aby średnie obliczać. Pomiędzy temi 114 osobami były 3 pokąsane przez psa, który jeszcze dwie inne osoby pokąsał, otóż te 2 uległy już wściekliźnie, gdy 3 leczone są zdrowe. Przypuszczając, że śmiertelność = 16%, to z 114 winno były umrzeć 17—18 a zmarło tylko 2. W przyszłości liczby będą większemi, bo z początku mało osób się zgłasza. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że nieszczęśliwi należą przeważnie do klas niższych, uboższych, którym brak funduszów na podróż do Paryża, że wszelka strata czasu może być dla udania się szczepienia zgubną, a odwoływanie się do opieki gmin jest wykluczone, to przyznać wypada, że interes ludzkości wymaga utrzymania takiego zakładu.

○ W czasie rozpraw nad budżetem na rok bieżący w Izbie deputowanych Rady Państwa kilkakrotnie zwracali mowcy uwagę na opłakane stosunki zdrowotne w Austryi, szczególniéj jednak poseł Proskowetz w dłuższéj mowie skreślił dobitnie te stosunki i podał środki. Zwrócił on uwagę: 1) że wydatki na szpitale wszelkich kategoryj w całém państwie wynoszą do 4 milijonów, a zaledwo 40 kr. dziennie na chorego; że Austryja w rzędzie 14 państw cywilizowanych Europy zajmuje pod tym względem 13te miejsce; 2) że śmiertelność wynosi w Norwegii 16‰, w Anglii 21‰, w Niemczech 26‰, w Austryi 31‰ a w Węgrzech 38‰. Gdyby stosunki były choćby takiemi jak w Niemczech, to umarłoby w Austryi mniéj o 100.500 ludzi, a gdyby takiemi jak w Anglii to o 228,100, to przecież cyfry zastanawiające. Bukowina jest najniezdrowszym krajem, a bezpośrednie przed nią miejsce zajmuje Galicyja. Liczba lekarzy jest w stosunku do ludności niedostateczną. W Tryjeście przypada 1 lekarz na 1288 głów; w Morawie na 3,500, a w Galicyi na 11,118 głów. Także i w Karyntyi liczba lekarzy jest niedostateczną mimo ofiar, jakie tam kraj poniósł. Poseł Proskowetz wspomniał jeszcze o drogich a zdrowiu szkodliwych środkach tajnych, porównywał zdolność do wojska w Austryi i w Niemczech (12% do 15% : 38%—40%), ganił brak wody w Wiedniu, zalecał budowę mieszkań dla robotników po przedmieściach wiedeńskich, w końcu prosił ministra spraw wewnętrznych o niespuszczanie z uwagi uchwał i sprawozdań Sejmu morawskiego co do zastraszająco wzmagającego się opilstwa i nadużycia napojów gorących.

○ W ciągu rozpraw, które się toczą obecnie w Izbie deputowanych nad budżetem kilkakrotnie podnoszono potrzeby służby zdrowia w Austryi, a minister spraw wewnętrznych zabrał także głos w téj sprawie i zwrócił uwagę, że jako członek gabinetu musi w ogólności czuwać, aby funduszów oszczędzano. Reformy, które znawcy zaproszeni do komisyi wyznaczonéj w sprawie zaprowadzenia urzędu zdrowia wnosili, są wszystkie bardzo kosztowne, a ze względu na oszczędność stać się będzie mogło tylko to, co jest konieczne. Złe, zdaniem ministra, nie leży u góry ale u dołu w braku lekarzy gminnych, w obec którego na nic się nie zdadzą najlepsze zarządzenia Najwyższéj Rady zdrowia, gdy nie ma ich komu przeprowadzać. Najkonieczniejszém zatém, zdaniem ministra, jest stworzenie tego ostatecznego ogniwa. Jeżeli zaś kto powie, że to rzecz gmin, to należy zważyć, że od każdego można żądać tylko tego, co on spełnić może, żąda się zaś za nadto wiele od gmin. Obecnie jądro sprawy leży w tém, aby od dołu pod względem najniższych organów coś uczynić.

○ Obchodzenie się z przedmiotami do użytku zawierającemi ołów i cynk. Na podstawie prac podjętych w niemieckim państwowym Urzędzie zdrowia od r. 1881 zestawił Wolffhügel ich wyniki jako techniczne objaśnienie do projektu ustawy o obchodzeniu się z przedmiotami do użytku zawierającemi ołów i cynk. Zestawienie W. rozpada się na 6 rozdziałów. W pierwszym omawia autor częstość tego rodzaju przedmiotów do użytku, w drugim praktyczne i doświadczalne badania, czy przedmioty te przy użyciu oddają ołów lub cynk. W trzecim przedstawia kazuistyczne dowody szkodliwości ołów zawierających przedmiotów, a w czwartym o ile grozi ustrojowi ciągłe wprowadzanie choćby małych ilości ołowiu lub cynku. W piątym zestawia autor to, czegoby żądać należało ze stanowiska policyjno-zdrowotnego. Rozdział 6ty nakoniec jest poświęcony rozbiorowi, czy można wyrabiać przedmioty rzeczone nieszkodliwe bez uszczerbku dla rzetelnego zarobkującego i czy istnieją niewątpliwe cechy rozpoznania dobrego towaru od złego. Objaśnienia W. zawierają mnogie doświadczenia w różnych krajach podejmowane w skutek niepomyślnych zdarzeń, jakie wynikły z użytku przedmiotów ołów i cynk zawierających. (*Münch. med. Wchschr.*, 1887, Nr. 18).

○ Do zapobieżenia zarażeniu się przy wyssaniu błon dyfterytycznych z tchawicy zaleca Garré kateter, którego koniec zaopatrzonym jest rurą gumową na 7cm. długą połączoną z krótką rurką szklaną, w jednem miejscu zwężoną. Do rurki szklanéj poza miejsce zwężone wkłada się czopek waty, który przy wysysaniu nic z mas dyfterytycznych nie przepuszcza i niezawodnie chroni w ten sposób lekarza od niebezpieczeństwa zarażenia się. (*Münch. med. Wchschrift*, 1887, Nr. 18).

○ Zdrowie nasze. Kraków, str. 15. Jestto druga z rzędu broszurka wydań luźnych niewiadomego autora, z których pierwsza nosiła tytuł: Bieda nasza. Broszurkę „Zdrowie nasze“ nazwać wypada pogadanką, bo wyrażenie to daje najlepsze o niéj wyobrażenie o różnych niepomyślnych stosunkach zdrowotnych w kraju naszym i o tém, coby w celu pożądanéj poprawy podjąć należało. Autor, snać lekarz lub nader dobrze ze stosunkami obeznany, często odwołuje się do statystyki i ucieka się do porównań z innemi krajami. Lekarze, którym opłakane stosunki są znane, nie wiele znajdą tu nowego dla siebie, ale broszurka ta mogłaby oddać wielkie usługi krajowi, gdyby się rozpowszechniła po kraju między nielekarskiemi sferami inteligentnemi i wpływowemi. Mimo niewielkich swych rozmiarów rozjaśniłaby im wiele smutnych stosunków zdrowotnych w kraju a przyspieszyła czas poprawy. Życzymy, aby, jak na to zasługuje, znalazła jak największy pokup, do czego lekarze przyczynić się winni, a może autor zechciałby postarać się o ogłoszenie jéj w którym z dzienników krajowych, przez co zyskałyby poruszone tam sprawy szerszy rozgłos.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36.2. Z dławca i błonicy umarło 1 (1 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z gruźlicy 12 (6 z. t.); z zapalenia płuc 17 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku dławca, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 4 róży. W tygodniu od 10—16 kwietnia umarło z ospy: we Lwowie 2, w Brodach 2, w Drohobyczu 1, w Tarnopolu 3, w Czerniowcach 1, w Wiedniu 3, w Salcburgu 6, w Gracu 1, w Tryjeście 1, w Pradze 2, w Warszawie 6, w Budapeszcie 8, w Pradze 5, w Rzymie 9, w Paryżu 15, w Petersburgu 6, w Wenecyi 1. Z duru osutkowego umarło w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 36, w Petersburgu 23. Z odry umarło we Lwowie 1, w Mnichowie 10, w Wiedniu 9, w Rzymie 19, w Paryżu 66, w Londynie 81, w Petersburgu i Amsterdamie po 7. Z płonicy umarło we Lwowie 1, w Wiedniu 14, w Budapeszcie 7, w Londynie 11, w Petersburgu 14. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Drohobyczu 1, w Kołomyi 1, w Stanisławowie 1, w Tarnowie 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 42,0; we Lwowie 39,6; w Brodach 25,4; w Dro-

bobyczu 49,2; w Kołomyi 34,1; w Przemyślu 28,8; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 25,3; w Tarnowie 26,4; w Czerniowcach 27,0; w Wiedniu 33,5; ; w Salcburgu 33,0; w Gracu 46,2; w Tryjeście 27,5; w Pradze 40,1; w Bernie 39,4; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 39,9; w Berlinie 21,0; we Wrocławiu 25,8; w Gdańsku 28,9; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 30,4; w Warszawie 24,0; w Poznaniu 30,1; w Kolonii 24,9; w Królewcu 27,6; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 32,1; w Strasburgu 18,6; w Amsterdamie 27,9; w Brukseli 22,0; w Budapeszcie 35,0; w Chrystyjanii 21,3; w Kopenhadze 26,5; w Londynie 19,3; w Odesie 24,0; w Paryżu 29,4; w Petersburgu 33,5; w Rzymie 36,9; w Stokholmie 20,7; w Wenecyi 26,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego proff. Korczyński i Obaliński przedstawili wyroby krajowe, które uznano za godne polecenia; następnie doc. Grabowski zdał sprawę ze stanu funduszów Przeglądu Lek., a wreszcie prof. Adamkiewicz przedstawił rzadki przypadek zmiany chorobowéj na podstawie czaszki, rozpoznanéj za życia i preparat ze sekcyi przypadku podobnego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Prosektor Dr. Pertik habilitował się jako docent anatomii patologicznéj trzew.— **Berlin.** Przy zakładzie anatomii patolog. systemizowaną została posada kustosza, którą otrzymał Dr. Jürgens, posadę zaś 1go asystenta zajął Dr. Israel.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektor szpitala powszechnego w Wiedniu, starszy radca sanitarny Dr. Hoffmann otrzymał tytuł i charakter Radzcy dworu, a dyrektor szpitala na Wiedeniu i prezes Rady sanitarnéj dolno-austryjackiéj Dr. Lorinser order korony żelaznéj 3éj klasy. — Prymaryjusz zakładu krajowego dla obłąkanych w Pradze czeskiéj, Dr. Józef Kratochwil, mianowany został dyrektorem tego zakładu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Edward Emil Mukowicz ze Lwowa i Jan Wojtkowski z Jabłonowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł lekarz przyboczny królowéj Dr. Wilson Fox w 57 roku życia. — W Meranie umarł d. 13 bm. docent anatomii patologicznéj w Berlinie Dr. Karol Friedländer w 40 roku życia. Urodzony w Brzegu był asystentem Recklinghausena w Strasburgu przez lat 5, poczém działał jako docent prywatny i prosektor w szpitalu miejskim berlińskim. Zasłużył się pracami swemi o gruźlicy, zapaleniu płuc (jemu zawdzięczamy odkrycie pneumokoków) itd. i jest autorem podręcznika o technice mikroskopowéj w badaniach patologiczno-anatomicznych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 20: Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Rupperta: O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzusznym (dok.); Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Truskawiec. Sprawozdanie za r. 1886. Przemyśl 1887, in 12-mo str. 44.

Piśmiennictwo lekarskie.

ABADLE-LEROY Précis élémentaire d'anatomie pathologique. Paris, Maloinc. Fr. 4.

ABHANDLUNGEN aus dem Gebiete der Naturwissenschaften. 9. Bd. 1. u. 2. Hft. gr. 4. Mit 7 Tab., 4 Taf. u. 4 Karten. Hamburg, Friederichsen et Co. à M. 7. 20.

ALBRECHT P., Vergl. anatom. Untersuchungen. 1. Bd. 2. Hft. M. 4 Holzschn. u. 1 Tab. gr. 8. Hamburg, P. Albrecht's Selbstverl. M. 4. 50.

ANDRIEU E., Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire. Av. 358 fig. 8. Paris, Doin. Fr. 18.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Dziekan Wydziału lekarskiego niniejszém rozpisuje konkurs na 3 stypendyja śp. Dąbkowskiego w kwocie po 148 złr. 01 ½ ct. do 15 Czerwca b. r.

O te stypendyja ubiegać się mogą uczniowie farmacyi i uczniowie wydziału lekarskiego, przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Kraków dnia 12 Maja 1887 r *Browicz.*

KONKURS

w celu objęcia posady lekarza miejskiego z rocznym dochodem 250 złr. do 300 złr. rozpisuje gmina miasta Ottynii. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1go czerwca 1887.

Ottynia dnia 1 kwietnia 1887. Zwierzchność gminna
Oleynik, W. gm.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 28 Maja 1887. Nr. 22.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	4 „	„ 6 „

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Drugi przypadek przedstawiał wgłobienie znaczne jelita cieńkiego i ślepego. Mężczyzna bardzo silny, 39-letni, zapadł 4 dni przed wstąpieniem do mego zakładu nagle na bóle po lewéj stronie brzucha bez jakiéjkolwiek wiadoméj przyczyny; wnet pojawiły się wymioty, które wraz z bólem wzmagały się gwałtownie; stolca nie było, ciepłota wzrastała. Brzuch znalazłem znacznie wzdęty; w okolicy pępka uwydatniało się już dla wzroku ku lewéj stronie podłużne wywyższenie, które jako oporny guz palcami wyczuć było można; ponad nim odgłos stłumiony; w jamie brzusznéj wyraźny wysięk. Po lawatywie Hegarowskiéj wydobył się zamiast stolca płyn zgnilizną cuchnący, krwisto zabarwiony. Rozpoznawszy po tych oznakach wgłobienie, wykonałem operacyję jeszcze tego dnia. Brzuch otworzyłem w smudze białéj cięciem 16 cm. długiém. Otrzewna była w stanie zapalnym; w jamie brzusznéj wysięk krwisto-surowiczy. Dopiero przez uciskanie wgłobienia od dołu i wyciąganie wgłobionego jelita ku górze udało się wgłobienie usunąć, rozdzieliwszy poprzednio jeszcze palcem wprowadzonym pomiędzy *intussusceptum* i *suscipiens* zlepy zapalne pomiędzy temi częściami istniejące. Jelito wgłobione miało barwę ciemno-czerwoną, zwłaszcza w miejscu dolnego odgięcia. Po oczyszczeniu jamy brzusznéj i odprowadzeniu jelit zamknięto jedwabnemi szwami ranę w ścianach brzusznych. W kilka godzin późniéj umarł operowany.

W 3cim przypadku było skręcenie w jelicie esowatém prawdopodobnie obok gruźlicy. Chora ta, 17-letnia panienka, wątłego zdrowia, już 3 lata przedtém miewała boleści w lewéj stronie brzucha; stolec u niéj zawsze bywał oporny. Jako przyczynę skręcenia obwinia chora dźwignięcie kosza z bielizną, gdyż zaraz potém uczuła gwałtowny ból w brzuchu po lewéj stronie. Od téj chwili stolec nie nastąpił mimo użycia środków rozwalniających i lawatyw. Brzuch wzdymał się coraz więcéj, a boleści rozprzestrzeniły się na cały żywot. 5go dnia pojawiły się wymioty, które nie ustały po przepłukaniu żołądka. Przy operacyi otworzyłem brzuch w smudze białéj od pępka aż do łona. Jelita były bardzo wzdęte, na otrzewnie zapalenie, w jamie brzusznéj wysięk surowiczo-włóknisty. Jelita z powodu wzdęcia nacinałem, poczém nieco zapadły. Po zaszyciu miejsc naciętych wprowadziłem rękę do jamy brzusznéj i znalazłem skręcenie jelita esowatego takie, iż koniec okrężnicy zstępującéj znajdował się przed odbytnicą. Po odkręceniu wzdęcie jelit zmniejszyło się, lecz mimo to zaszycie brzucha nie było łatwe z powodu ciągle wypadających jelit. Wieczorem tego samego dnia otrzymałem po lawatywie stolec. Przez następną dobę chora miała się względnie dobrze, zwłaszcza nie mieliśmy podwyższonéj ciepłoty, lecz trzeciéj nocy chora bardzo jest niespokojną, wystąpiły osobliwsze kurczowe ściągania twarzy i karku, a także i ciepłota wzniosła się nad stan prawidłowy. Objawy te wzrastały aż do bezprzytomności; wreszcie wystąpiły wybitne kurcze połączone z przeraźliwemi wykrzykami ostremi, urywanemi. Zgon nastąpił 5go dnia po operacyi. Poprzednio jeszcze raz ukazał się stolec. Badania pośmiertnego nie dokonano, gdyż nie uzyskaliśmy pozwolenia, lecz wydawało się nam, że przyczyną śmierci była gruźlica opon mózgowych. Laparotomija sama niewątpliwie do zgonu się nie przyczyniła.

W 4tym przypadku wykonałem laparotomiję po za moim zakładem w Kongresówce i ztąd nie mogę dokładnego podać przebiegu choroby. O ile wiem, był to chory 50-letni, który po kilkogodzinnéj wycieczce konnéj na pola poczuł silny ból w brzuchu, lecz który już i przedtém nie czuł się zupełnie zdrowym. Do bólów dołączyły się wymioty, wreszcie nastą-

piły wymioty kałowe. Chorego ujrzałem dnia 5go lub 6go; znalazłem go bardzo wycieńczonego; brzuch wzdęty; wymioty kałowe co chwila. Zgodnie z kolegami Drem Cholewińskim i radzcą zdrowia Drem Kaczorowskim, którzy mnie do laparatomii zawezwali, uznałem operacyję jako jedyny ratunek. Brzuch otworzyłem w smudze białéj powyżéj i poniżéj pępka w długości mniéj lub więcéj 20 cm. Jelita wzdęte gwałtownie wydobywały się z jamy brzusznéj, lecz zdołano je przytrzymać; otrzewnę ich pokrywał wysięk surowiczo-ropiasty. Po wprowadzeniu ręki nie można było znaleźć miejsca zaciśniętego; dla tego naciąłem w dwóch miejscach jelita i po wypuszczeniu treści zaszyłem natychmiast nacięcia. Dla pewnego odszukania przeszkody poleciłem jednemu z obecnych kolegów przytrzymać pochwycone w dowolném miejscu jelito i rozpocząłem od tego miejsca przesuwać jelita pomiędzy palcami, część po części wydobywając, tylko jednę pętlę po za jamę brzuszną i po zbadaniu zaraz napowrót ją wkładając. Postępowanie takie nie jest nowe; zalecał je już w r. 1872 Hulke, a następnie Mikulicz. Ponieważ ku górze nie spotkałem nic nieprawidłowego, zwróciłem się do miejsca, zkąd badanie rozpocząłem, naznaczonego palcami pomagającego kolegi i przesuwałem podobnie dolne części jelita; wtedy napotkałem pętlę, któréj z jamy brzusznéj wydobyć nie mogłem nawet po silniejszém ciągnięciu. Idąc za jéj śladem ręką w jamę brzuszną, dotarłem aż do małéj miednicy, lecz i wówczas nie mogłem uwolnić przytrzymanéj pętli, ani nawet wyczuć, jakim sposobem i w jakiém miejscu jest przytrzymaną. Ponieważ chory bardzo był już zapadł i dopiero po zastrzyknięciu eteru nieco sił nabrał, zamknąłem szybko jamę brzuszną, aby zgon na stole operacyjnym nie nastąpił; w dolnym kącie rany ścian brzusznych zrobiłem odbyt nieprawidłowy. Po kilku godzinach chory zmarł. Badanie pośmiertne dokonane jeszcze téj samej nocy wykazało, że mała miednica była od wielkiéj miednicy oddzielona grubą błoną wrzekomą w kształcie przepony. Jelito przez otwór téj błony wsunęło się było do małéj miednicy i przyczepiło się w niéj. W odbytnicy napotkaliśmy kilka owrzodzeń, z których dwa prawie przegryzały całą ścianę i tylko wysiękiem włóknistym zdawały się oddzielone od otrzewny. Powód zaciśnięcia wyjaśniłem sobie w ten sposób, iż owrzodzenia w odbytnicy sprowadziły ropne ograniczone zapalenie w małéj miednicy, które się odgraniczyło ową błoną wrzekomą; w tym téżto czasie chory czuł się niezdrowym i tylko z wysiłkiem starał się zadośćuczynić obowiązkom. Podczas konnéj jazdy wytworzył się przez pęknięcie otwór w odgraniczającéj błonie, przez co ropa dostała się do jamy brzusznéj i wznieciła zapalenie otrzewny; równocześnie w ten sam otwór wsunęła się pętla jelita i tam uwięzła lub odgięła się. Że laparotomija pozostała bez skutku w tym przypadku, to nic dziwnego. Korzystniéj nawet było dla chorego, iż nie zdołałem uwolnić przytrzymywanego w małéj miednicy jelita, gdyż wówczas ropa zapewne byłaby się rozlała do jamy brzusznéj i wznieciła zapalenie otrzewny. Stosunki te rozpoznane przed operacyją byłyby raczéj wskazywały enterostomiję; czyby ta operacyja jednak lepszy skutek odniosla, wątpić można.

O 5tym przypadku także tylko pobieżne podać mogę szczegóły, gdyż i ten przypadek operowałem po za zakładem. Byłoto 14-letnie dziewczę, u którego już od 5ciu dni istniały objawy zaciśnięcia jelit obok objawów zapalenia w okolicy jelita ślepego. Cieplota była nieco podwyższoną, tętno szybkie i słabe; stolca nie było; brzuch mocno wzdęty. W prawéj stronie brzucha aż ku kości łonowéj odgłos stłumiony i większa oporność. Objawy zaciśnięcia jelit nic zmniejszyły się ani po wypłukaniu żołądka, ani po lawatywie, która stolca nie sprawiła. Ze zgodą Dra Grothego, który mnie do choréj zawezwał, wykonałem laparotomiję, wnosząc, że w miejscu stłumionego odgłosu napotkam wysięk ropiasty i to odgraniczony. Cięcie wykonałem po prawéj stronie nieco wypukło na zewnątrz i dotarłem przecinając pojedyncze warstwy do jelita ślepego zlepionego z otrzewną ściany brzusznéj. Oddzielając ostrożnie zlepione powierzchnie wpadłem nagle ku dołowi do jamy, z któréj wydobywała się mocno cuchnąca ropa w znacznéj ilości. Jamę tę odgraniczały jelito ślepe, wyrostek robaczkowy i najniższa część jelita biodrowego (*ileum*), lecz żadne z nich nie okazywało przedziurawienia. Jelito odgięte było w jedném miejscu i przytykające części otrzewny zlepione tak, iż odgięcie to w połączeniu z wysiękiem można było uważać za przeszkodę do swobodnego przechodzenia kału. Rozłączyłem zlepione jelita i sprostowałem zagięcie. Włożywszy gruby sączek do jamy, w któréj ropę zastałem, zaszyłem ranę. O dalszym przebiegu dowiedziałem się tylko tyle, iż wyleczenie wprawdzie bardzo powoli postępowało, lecz że obecnie operowana całkiem jest zdrowa.

6ty przypadek stanowił noworodek kilka dni mający. Wnet po urodzeniu spostrzeżono, że stolec wcale się nie pojawia. Ojciec, sam operator z powołania, przekonawszy się, że odbyt u dziecka prawidłowy i że przezeń dość wysoko wsunąć można cewnik giętki, przyniósł do mnie chore niemowlę, sądząc, że może jakie zaciśnięcie jelit nieznaczne istnieje, które usunąć będzie można. Po otwarciu brzucha napotkaliśmy stan nader zawikłany. Główna część jelita cienkiego była ze sobą zlepiona w pęk prawie nie do rozłączenia, a w jedném miejscu około 4 cm. długiém kanał jelitowy wcale nie istniał; jelito było w tém miejscu tylko taśmą. Treść jelita stanowiły bardzo twarde, okrągłe, drobne kulki kałowe, około których ściana jelita mocno była obciśniętą; przez to jelito było podobne do paciorków. Wycięliśmy zabliźnioną część jelita i najwięcéj pozlepiane pętle, razem około 25 cm. i staraliśmy się wydobyć z jelit twarde kałowe kulki, które tylko z natężeniem wytłoczyć było można przez przecięte końce jelita. Dziecko po zeszyciu końców jelita i zamknięciu brzucha żyło tylko jeszcze kilka godzin.

Ostatni (7my) przypadek operowałem również po za moim zakładem. Chory podeszłego wieku cierpiał już od dawna na zatrzymanie stolca, a pewnego dnia okazały się objawy zamknięcia światła jelitowego. Badając chorego znalazłem brzuch wzdęty obok wymiotów kałowych; siły żywotne bardzo słabe. Po otworzeniu brzucha napotkałem, czego się przedtém już spodziewałem, nowotwór rakowaty w ścianach jelita esowatego jako przyczynę zamknięcia. Nowotwór z otoczeniem pozrastany nie był odpowiedni do resekcyi, założyłem więc odbyt nieprawidłowy w dolnym kącie rany ścian brzusznych. Chory w kilka dni późniéj umarł. (Dok. n.)

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21)

Doświadczenia Braida nabrały rozgłosu od czasu jak zostały przeniesione na grunt francuski, a mianowicie, gdy w r. 1859 Velpeau [9]) w imieniu Broki wystąpił w Akademii

nauk z referatem o hypnotyzmie, znowu znaleźli się liczni zwolennicy, pomiędzy którymi najpoważniejsze miejsce zajmuje Dr. Philipps (Durand de Gros). Zjawiska te zwróciły także uwagę fizyjologów, np. Brown Séquarda i wielu lekarzy (Charpignon, Guérineau i i.). Próbowano stósować hypnotyzm jako środek znieczulający podczas operacyj chirurgicznych i wykonano nawet amputacyję [10]), co już zresztą stosowano przedtém i w Anglii (Joly, Fanton). Sposób ten widocznie okazał się nie zupełnie odpowiednim, gdyż następnie prób podobnych wcale zaniechano.

W r. 1866 występuje Dr. Liébeault [11]) z teoryją fizyjologiczną: Skupienie myśli na jednéj idei snu sprawia unieruchomienie ciała, przytłumienie zmysłów, zatrzymanie myśli i niezmienność stanów świadomości. Sen hypnotyczny nie różni się od snu zwyczajnego, tak pierwszy, jak i ostatni zależą od unieruchomienia uwagi i skupienia myśli. Liébeault szczególną uwagę zwraca na poddawanie w stanie hypnotycznym i stosuje hypnotyzm do leczenia rozmaitych cierpień.

W r. 1873 Czermak [12]) bada analogiczne zjawiska u zwierząt i rozszerza znacznie doświadczenia A. Kirchera z r. 1646. Zjawiska te w późniejszéj pracy Preyer nazwał katapleksyją i za przyczynę ich u zwierząt uważa przestrach.

W r. 1875 Karol Richet zwraca na nowo uwagę lekarzy na hypnotyzm i przeważnie zajmuje się psychiczną stroną somnambulizmu.

Od roku 1878 w Salpêtrière rozpoczął doświadczenia Charcot przeważnie na kobietach histerycznych. Badania własne Charcota, a przeważnie jego uczniów, znacznie się przyczyniły do spopularyzowania téj kwestyi. Zastósowano nowe sposoby hypnotyzowania i starano się klasyfikować zjawiska; tak zauważono, iż światło silne wywołuje katalepsyję, nagła ciemność letarg, a naciskanie lub tarcie ciemienia, stan somnambuliczny. W r. 1879 zjawia się na arenie Duńczyk Hansen, który posługując się metodą usypiania Braida był jednocześnie zwolennikiem teoryi magnetyzmu zwierzęcego. Doświadczenia Hansena nie przedstawiały nic nowego, były raczéj powtórzeniem doświadczeń Braida, lecz w Niemczech, Rosyi i w Austryi zwróciły na siebie powszechną uwagę. Od tego czasu badania hypnotyzmu zajęły daleko szersze koło. Z odczytami lub artykułami opartemi na własnych doświadczeniach występują tacy uczeni jak: Heidenhain [14]), Preyer [15]), Grützner [16]), Berger [17]), Weinhold [18]), Ruhlmann [19]), Opitz [20]) Bäumler [21]) i inni. Głównem jednak ogniskiem badań hypnotycznych w ostatnich latach stała się Francyja. Oprócz pracowni Charcota profesorowie w Nancy utworzyli osobne ognisko i zajęli się nietylko kwestyją zmian fizyjologicznych we śnie hypnotycznym lecz także psychicznych i zastósowaniem hypnotyzmu do terapii. Na czele tych badaczy stoją Bernheim, Beaunis, Dr. Liébeault.

W ostatnich czasach zwrócono znowu uwagę szczególniéj w szkole Charcota na działanie magnesów, metalów, lekarstw w zalutowanych rurkach (a więc z odległości pewnéj) przeważnie w stanie hypnotycznym, przez co pole doświadczeń jeszcze bardziéj się rozszerzyło.

Niezależnie od kwestyi hypnotyzmu powstały i rozwijały się dwie inne, a mianowicie kwestyje dotyczące spirytyzmu i odgadywania myśli, te obie kategoryje zjawisk również mają dużo stycznych punktów z hypnotyzmem. Oczywiście, że w skutek tego rzecz znacznie się skomplikowała, ilość rozmaitych objawów wzrosła do olbrzymich rozmiarów. W niniejszéj pracy zamierzam podać tylko główne cechy tych zjawisk, o ile one przez ścisłych badaczy zostały zbadane i znaleźć dla nich najprawdopodobniejsze wytłumaczenie, oparte na faktach zdobytych przez fizyjologiję doświadczalną.

Główną cechą stanu hypnotycznego, w jakikolwiek sposób go wywołano, jest stan podobny do snu zwyczajnego, przynajmniéj na pierwszy rzut oka i mniejsze lub większe ograniczenie lub zupełne ustanie świadomości. Już z przytoczonego rozbioru historycznego można widzieć, jak rozmaite są sposoby wywoływania tego stanu. Samo zestawienie tych sposobów wyjaśnia nam do pewnego stopnia, gdzie musimy szukać właściwéj przyczyny stanu hypnotycznego. Z jednéj strony stan ten można wywołać przez rozmaite słabe podniety, na które mniéj lub więcéj skupia się uwaga osoby hypnotyzowanéj: pasy, lekki ucisk najrozmaitszych części ciała, jednostajne dźwięki lub tony, gładzenie twarzy lub głowy, nawet czesanie grzebieniem, z drugiéj strony przez silne podniety, jak na przykład nagłe oświetlenie elektrycznem światłem, nagłe przejście od światła do zupełnéj ciemności itp.; prócz tego Faria, a w nowszych czasach Bernheim i inni wywołują w wielu przypadkach ten stan tylko rozkazując zasnąć lub zamykając powieki i spokojnie podpowiadając badanéj osobie, iż ma zasnąć, że będzie czuła ociężałość w powiekach, zmęczenie w oczach, że już zasypia itp., nakoniec osoby już hypnotyzowane z czasem nabywają zdolności samousypiania się bez najmniejszych wpływów ze strony drugiéj osoby, wprost w skutek skupienia uwagi na myśl, że mają zasnąć. Podobne przykłady opisało wielu badaczy. Pomiędzy kilku osobami, które miałem sposobność ostatniemi czasy obserwować w Krakowie, posiada jedna tę zdolność w zupełności. Bernheim wspomina, że niektóre osoby nawet niehypnotyzowane podczas chloroformowania usypiają wprzód, nim ma czas wystąpić sen narkotyczny i tłumaczy to w ten sposób, że osoby takie zasypiają snem hypnotycznym, również w skutek skupienia uwagi na myśl, iż mają zasnąć. U osób już hypnotyzowanych można akt zasypiania nawiązać do najrozmaitszych zjawisk, np. do pewnego słowa wypowiedzianego przez jakąkolwiek osobę, do dźwięku bicia zegara, wypicia wody, dotknięcia jakiegoś przedmiotu itp. W ogóle wystarczy, aby hypnotyzowany miał wyobrażenie o śnie i jakąkolwiek czynność związaną przez kogokolwiek z tém wyobrażeniem, przez hypnotyzera lub inną osobę, jeśli ta inna wypowiada z równą pewnością jak hypnotyzer, jak o tém przekonać się miałem możność sam na jednym z moich uczniów. Beaunis [22]) przytacza przykład zasypiania pewnéj hypnotyczki w jego nieobecności, któréj przed wyjazdem z Nancy zapowiedział, iż ilekroć będzie miała chęć spania, ma powiedzieć sobie: „uspij pan mnie“.

Taka rozmaitość sposobów wywoływania snu hypnotycznego już z góry daje możność przypuszczenia, że: albo wszystkie te sposoby mają coś wspólnego, co jest właściwą przyczyną zjawiska, albo żaden z nich nie jest przyczyną, a właściwa przyczyna leży w pewnêm zjawisku, które im towarzyszy. W obec faktu samousypiania możemy przypuścić, że têm zjawiskiem jest chwilowe skupienie uwagi na myśl, że sen ma nastąpić; to skupienie uwagi ze strony hypnotyzowanéj osoby może towarzyszyć wszystkim wymienionym wyżéj czynnościom; właściwie więc przyczyna, wywołująca stan hypnotyczny, nie leży zewnątrz organizmu, nie polega na rozmaitych podnietach, za które należy uważać wszystkie rękoczyny, jak dotychczas sądzą niektórzy fizyjologowie, lecz zawiera się w samym organizmie i polega na skupieniu uwagi na pewne wyobrażenie. Czy to wyobrażenie musi koniecznie

łączyć się z myślą o śnie, tego stanowczo twierdzić nie można, lecz w każdym razie nie podlega najmniejszéj wątpliwości, że wystąpienie stanu hypnotycznego nie zależy od wpływów zewnętrznych i że dodatnie znaczenie tych wpływów polega tylko na tém, iż one pomagają do podtrzymania uwagi osoby hypnotyzowanéj na pewném jedyném wyobrażeniu. Prawda, przeciwko temu przemawiałyby przypadki hypnotyzowania we śnie, lecz nasamprzód fakty te nie są liczne i znaczna część ich dotyczy osób już poprzednio hypnotyzowanych, powtóre, niektórzy autorowie spostrzegali, że w czasie hypnotyzowania osoba śpiąca na chwilę się budzi choć niezupełnie i że właściwe hypnotyzowanie odbywa się w stanie półsennym, a więc stan hypnotyczny może powstać w skutek téj saméj przyczyny, w skutek któréj powstaje w stanie czuwania. Że stan hypnotyczny nie zależy od wpływów zewnętrznych lecz od indywidualnych własności stanu lub organizacyi układu nerwowego osoby podlegającéj hypnotyzmowi, zatém przemawia także ta okoliczność, iż przy najrozmaitszych sposobach popada w ten stan tylko nieznaczna część osób, a mianowicie zgodnie prawie wszyscy autorowie podają, iż na 100 osób przypadkowo bez wyboru wziętych zasypia od 15—18% (Liébeault, Bernheim [23]); stosunek ten zmienia się zależnie od wieku, tak według Liébeaulta dzieci do 14 lat zasypiają prawie wszystkie. Co do płci to wybitnéj różnicy nie spostrzeżono, zresztą Bernheim (l. c.) podaje, że na 100 mężczyzn zasypia 18·5, kobiet 19·4. Zatém przemawia także i to, że przy jednakowych sposobach hypnotyzowania stan hypnotyczny u rozmaitych osób objawia się niejednakowo. Można powiedzieć, że prawie każda osoba przedstawia sobie właściwy stan hypnotyczny. Zresztą pod tym względem do dziś dnia nie ma zgody w poglądach rozmaitych badaczy. Charcot naprzykład rozróżnia 3 stany: u każdego hypnotyka stan letargu, katalepsyi i somnambulizmu, niektórzy lekarze z jego szkoły np. Janet [24]), Magnin [25]) i inni rozróżniają jeszcze po kilka stanów przejściowych, a w końcu naprzykład Janet twierdzi, iż podług niego ilość stanów nie jest stałą; inni zaś, a mianowicie Beaunis, Bernheim, Liébeault i niemieccy autorowie nic podobnego nie spostrzegali i uważają te 3 stany za skutek poddawania lub samopoddawania. Zdanie ostatnich autorów na podstawie własnych dość licznych doświadczeń podzielam w zupełności. Najbardziéj zgadza się z rzeczywistością klasyfikacyja objawów hypnotycznych u rozmaitych osób, podana przez Liébeaulta a przyjęta także przez Beaunisa i Bernheima. Rozróżnia on właściwie 5 stopni stanu hypnotycznego czyli 5 typów.

1. U jednych osób występuje tylko pewna ociężałość w powiekach, senność, odrętwienie, stan ten nazywa autor sennością (*somnolence*).

2. U drugich powieki są zamknięte, mięśnie odnóg osłabione; osoby takie w tym stanie siedzą spokojnie, są przytomne, podlegają jednak woli hypnotyzera i w skutek poddawania mogą przedstawiać stan kataleptyczny, jestto sen lekki.

3. Istnieje odrętwiałość zupełna, wrażliwość na dotyk obniżona lub zniesiona, jakkolwiek świadomość nie jest zupełnie zniesiona, to jednak ruchy automatyczn można wywoływać dowolnie; przez poddawanie można wywołać skurcze; jestto sen głęboki.

4. Typ czwarty przedstawiają osoby, które tracą zupełnie świadomość, są zupełnie odosobnione od otoczenia i zostają w stosunku tylko z hypnotyzerem; — jestto sen bardzo głęboki, i nakonice

5tą kategoryję przedstawiają osoby, które odrazu popadają w stan somnambuliczny.

Osoby znajdujące się w pierwszych dwóch stanach, a po części i w trzecim, po obudzeniu się pamiętają o tém, co zachodzi w czasie snu. Osoby znajdujące się w stanach 4 i 5 zwykle nie pamiętają o niczém.

W skutek powtarzania hypnotyzowania, a także w skutek poddawania wzrasta głębokość snu, tak że osoby, które z początku przedstawiały tylko pierwszą lub drugą, z czasem mogą przedstawiać wyższą kategoryję a nawet somnambulizm. Zawsze jednak zachowują pewne właściwe sobie cechy, które zresztą wpływ hypnotyzera może znacznie zmodyfikować.

Podług Liébeaulta z 753 osób, które się zgłosiły do niego w celu leczenia się hypnotyzmem, było somnambulików 18,7%, sen bardzo głęboki przedstawiało 8·2% (4ta kategoryja), sen głęboki 35·9%, sen lekki 18·9%, senność 10% i 7·9% nie okazywało najmniejszych objawów hypnotycznych.

Podobną statystykę przedstawia i Bernheim [26]) różni się ona jednak nieco od statystyki Liébeaulta.

Podług Bernheima na 1014 osób było somnambulików 15·9%, przedstawiało sen bardzo głęboki 22·9%, sen głęboki 45·3%, sen lekki 9·5%, senność 3·2% i 2·6% było osób, których uśpić nie można było.

Badano także zależność tych stanów od wieku, z czego się okazało, że dzieci stosunkowo łatwiéj popadają w stan somnambuliczny, a mianowicie od 1 roku do 7 lat 26·7% i od 7 do 14 lat 55·3%.

Różnica w statystyce Liébeaulta i Bernheima zależy nietylko od różnic indywidualnych osób hypnotyzowanych, lecz i od tego, że odróżnianie stanów jest do pewnego stopnia dowolne i że osoby, które podług jednego autora byłyby zaliczone do jednéj kategoryi, według drugiego były zaliczane do drugiéj.

W jakikolwiekbądź sposób wywołano stan hypnotyczny, jeśli tylko sen jest dość głęboki, hypnotyk zostawiony sobie zostaje zwykle zupełnie spokojny w téj pozycyi, w jakiéj został uśpiony, zazwyczaj w pozycyi siedzącéj i ma wejrzenie podobne do śpiącego snem naturalnym. U niektórych jednak osób można spostrzedz lekkie stężenie mięśni w odnogach i twarzy, czasem lekkie drgawki. Wyraz twarzy zwykle spokojny, bezmyślny, twarz z lekka blada. Jeżeli odrazu wywołano stan somnambuliczny, to czasem występują samoistne marzenia, hypnotyzowany mruczy mniéj lub więcéj wyraźnie, lecz i w tym stanie zostawiony sobie wkrótce się uspokaja, od czasu do czasu otwiera oczy, ustawia je zbieżnie lub rozbieżnie. Zwykle żadnych innych objawów osobliwie przy pierwszych doświadczeniach spostrzedz nie można. Pozostając sami hypnotycy często budzą się samowolnie i stan hypnotyczny ustępuje, lecz i w obecności hypnotyzera zewnętrzne silne podniety, np. stuk lub krzyk, mogą również obudzić; jeźli jednak weźmiemy hypnotyka, który już kilkakrotnie był hypnotyzowany, to zwykle wszystkie te warunki nie wyprowadzają go ze stanu hypnotycznego. Bernheim zostawiał osoby w tym stanie 15 godzin i hypnotyzowani sami się nie budzili.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O obecnym stanie chirurgii żołądka.

Wykład habilitacyjny

Dra Rudolfa Trzebicky'ego.

Asystenta kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Technika operacyi jest zupełnie prostą. Od czasów Fengera wszyscy prawie prowadzą cięcie w powłokach brzusznych na 1—2 palców poniżéj i równoległe do lewego łuku żebrowego. Po przecięciu skóry, mięśni i otrzewny wyciąga się żołądek w celu przymocowania go w ranie. Wyszukanie żołądka mocno skurczonego może niekiedy sprawiać znaczne trudności. Znanym jest przypadek, w którym wprawny chirurg zamiast w żołądku założył przetokę w okrężnicy poprzecznéj. Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa radzi Schönborn (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22, XX) wprowadzić do żołądka zgłębnik podany przez Schreibera. Zgłębnik ten zaopatrzony jest na końcu w balonik kauczukowy. Wprowadziwszy sondę do żołądka nadymamy balon ten powietrzem, w skutek czego przednia ściana żołądka okazuje się zawsze na dnie rany brzusznéj. Inni radzą wzdęcie żołądka przez podanie proszku burzącego przed samą operacyją. Ile po tych środkach, w obec tego, cośmy o wskazaniach do gastrostomii mówili, spodziewać się możemy, Panowie! sami osądzicie. Po wyszukaniu żołądka należy kawał ściany przedniéj przymocować najlepiéj za pomocą szeregu szwów w ranie i têm samém zamknąć zupełnie jamę otrzewnową. Pod tym względem trzeba umieć zachować miarę; zbyt skąpa ilość szwów może niedostatecznie utrzymać żołądek w swém położeniu, który podczas forsowniejszego ruchu, np. wymiotów lub kaszlu, może się oderwać od brzegów rany i wpaść w głąb jamy brzusznéj, za gęsty zaś szereg szwów może, jak w przypadku operowanym przez Kochera, wywołać zgorzel wszytego kawałka ściany żołądka. Dalsze postępowanie może być dwojakie. Jeżeli operujemy „w jednym czasie,“ to po przymocowaniu żołądka na dnie rany odrazu zakładamy otwór i obrębujemy brzegi rany brzusznéj wywiniętą błoną śluzową. Postępując zaś „drogą dwuczasową“ odkładamy drugi akt operacyi, t. j. założenie przetoki na kilka dni, aż się wytworzą dostateczne zlepy między otrzewną ścienną a żołądkiem, a têm samém wszelkie niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydobywającą się treść żołądka bywa usunięte. Trudno rozstrzygnąć, które postępowanie jest odpowiedniejszém. W obec tego jednak, że przy ostrożném postępowaniu snadnie można uniknąć zakażenia otrzewny, a zwłoka choćby kilku dni dla chorych i tak zazwyczaj wyniszczonych może się stać zgubną, racyjonalniéj może byłoby wykonać całą operacyję od razu. Co do miejsca założenia przetoki wszyscy prawie autorowie zgodnie twierdzą, że najodpowiedniejszą jest część żołądka bliżéj wpustu położona.

W leczeniu następowém sprawia tylko pewne trudności należyte zamknięcie otworu przetoki, aby nie dopuścić ciągłego wysączania się treści żołądkowéj na zewnątrz. Wprawdzie Langenbeck, Kapeller, Escher, Schönborn i inni podali rozmaite po części bardzo sprytne w tym celu obturatory, które jednak nie zawsze w całości odpowiadają swemu zadaniu. Tyle pewna, że im przetoka większa, têm trudniéj o szczelne jéj zamknięcie. W ostatnich czasach radził Hacker (*Wiener med. Wochschrft.* 1886, Nr. 31 i 32) użyć siły lewego mięśnia prostego do zamknięcia nią otworu. Cięcie prowadzi on równolegle do linii środkowéj ciała na $2\frac{1}{2}$—3 cm. na lewo od tejże przez mięsień prosty tak, że włókna tego otaczając późniéj brzegi otworu w żołądku tworzą niejako rodzaj sztucznego zwieracza.

Największy postęp na polu chirurgii żołądka datuje się dopiero od chwili, kiedy udało się z powodzeniem wykonać resekcyję większego kawałka żołądka. Pierwszy wykonał operacyję tę, jak już wspomniałem, na zwierzętach Merrem. Gdy jednak praca jego z biegiem czasu zupełnie poszła w niepamięć, Gussenbauerowi i Winiwarterowi (*Archiv f. klin. Chir.* T. 19, XIII) należy się zasługa, że na podstawie licznych operacyj na zwierzętach wykazali możebność resekcyi żołądka i zarazem na podstawie protokółów sekcyjnych stwierdzili, że rak żołądka usadawiając się przeważnie w części odźwiernikowéj przez długi czas pozostaje cierpieniem miejscowém, nieprowadzącém do przerzutów. Doświadczenia te powtórzył Kaiser (*Beiträge zur oper. Chirurgie* 1878), któremu udało się nawet utrzymać jednego psa po wycięciu całego żołądka przez 3 tygodnie przy życiu. Ztąd do operacyi na człowieku już tylko krok jeden. Zrobili go prawie równocześnie Péan, Rydygier i Billroth. Chorzy dwóch pierwszych niestety zabiegu nie zdołali przetrzymać, Billroth mógł się poszczycić wynikiem pomyślnym. Odtąd operacyja ta stała się coraz częstszą i została dotąd przeszło 100 razy wykonaną. Zapał do téj operacyi, który z początku ogarnął ogół chirurgów zwolna, po części ostygł. Przekonano się bowiem, że z pomiędzy licznego szeregu raków odźwiernika tylko nieliczne przypadki nadawały się do resekcyi. Wszędzie, gdzie już istnieją zrosty z więzadłem dwunastnicowo-wątrobowém, lub co gorsza z samą wątrobą i trzustką, zabieg sam przez się staje się nader ciężkim i powikłanym, a nadzieja doszczętnego usunięcia części schorzałych i zupełnego wyleczenia chorego nader małą. To téż dziś ogólnie prawie przyjęto zdanie, że tylko jeszcze przypadki bez zrostów nadają się do operacyi. Jak to atoli trudno czasem rozpoznać przed operacyją, czy ten lub ów przypadek nadaje się do resekcyi, tego dowodem liczne przypadki, gdzie dopiero po otwarciu jamy brzusznéj albo dopiero wśród oddzielania odźwiernika nabrano przekonania o niemożliwości dokończenia operacyi.

Nie będę tu nużył Panów opisywaniem stopniowego rozwoju techniki saméj operacyi, podam tylko pokrótce sposób operowania, który dziś prawie ogólnie jest przyjęty. Cięcie w powłokach zewnętrznych rozmaici operatorowie prowadzą rozmaicie. Billroth poleca cięcie poprzeczne, Rydygier podłużne na prawo od linii środkowéj, inni znowu otwierają jamę brzuszną w saméj linii środkowéj. Drugi akt operacyi stanowi oddzielenie samego odźwiernika, którego dokonywamy przecinając pomiędzy dwiema podwiązkami sieć małą i dużą na przestrzeni, odpowiadającéj kawałkowi żołądka, mającemu uledz resekcyi. Podłożywszy następnie popod odźwiernik albo gąbkę, albo złożony w kilkoro kawał gazy jodoformowéj, wycinamy część schorzałą żołądka, baczące przeważnie na to, aby się dwunastnica w głąb przypadkowo nie cofnęła i treść przewodu pokarmowego nie dostała do jamy brzusznéj. Dla uniknięcia tego ostatniego niebezpieczeństwa podano rozmaite uciskadła, które się zakłada na żołądek i dwunastnicę przed ich przecięciem. Najpraktyczniejsze z nich są uciskadła podane przez Rydygiera i Wehra. Wielu jednak chirurgów operuje bez uciskadeł, zdając się li tylko na ręce asystentów, gdyż zdaniem ich zawadzają one z jednéj strony przy zakładaniu szwów, z drugiéj zaś tamują chwilowo przez ucisk krwotok,

który po założeniu szwów i zdjęciu uciskadeł niemało potém może narobić operatorowi kłopotu. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że dla rąk asystenta przynajmniej są uciskadła nader pożądaną pomocą, aby zaś zawadzały przy zakładaniu szwów, tego w przypadku operowanym przez prof. Mikulicza nie widziałem. Wreszcie następuje zespojenie żołądka z dwunastnicą szwem jelitowym. Pod tym względem największą trudność sprawia wyrównanie świateł obu tych części. Dawniéj wycinano w tym celu z żołądka jeden lub 2 kliny, albo téż według Wehra (*Zeitschrift für Chir.* T. 17, III) rozszerzano światło dwunastnicy przez ukośne obcięcie jéj brzegów. Dziś powszechnie służą ku temu celowi tak zwane szwy okluzyjne, któremi zespajamy ściany żołądka pomiędzy sobą w kierunku od krzywizny małéj ku dużéj, zostawiając u samego dołu otwór równy mniéj lub więcéj światłu dwunastnicy. Teraz dopiero zespojenie dwunastnicy z żołądkiem udaje się zazwyczaj bez trudności, a cały żołądek po operacyi przybiera kształt zupełnie do prawidłowego podobny. Totéż Czerny zaproponował dla téj operacyi w miejsce nazwy „resekcyi żołądka“ lub „gastrektomii,“ miano „gastroplastyki.“

Pomijając wszystkie inne niebezpieczeństwa, zagrażające choremu w tak ciężkiéj operacyi, nie podobna tu przepomnieć o jedném, które w typowy, że tak powiem, sposób kilka razy sprowadziło niepomyślne zejście. Mam tu na myśli zgorzel okrężnicy poprzecznéj, która wystąpiła u chorych operowanych przez Lauensteina, Czernego i Küstera. W każdym z tych przypadków musiano z powodu zrostów rozleglejszych pomiędzy odźwiernikiem a śródjelicien okrężnicy przeciąć takowe na znacznéj przestrzeni. Wprawdzie Rydygier (*Centralblatt f. Chir.* 1885 Nr. 13) twierdzi, że przecięcie to nie pociąga za sobą koniecznie zgorzeli jelita, byle tylko nastąpiło dość daleko od tegoż i nie na zbyt wielkiéj przestrzeni. W każdym razie wypada nam się w podobnych przypadkach liczyć z tém niebezpieczeństwem i w danym razie za radą Lauensteina wykonać zarazem i wycięcie odpowiedniego kawałka okrężnicy.

Pierwotnie uważano za jedyne wskazanie do resekcyi żołądka nowotwory rakowe. Rydygier pierwszy wykonał tę operacyję z powodu zwężenia bliznowatego. Wskazanie to jednak nie zostało przyjęte dla wszystkich przypadków, zwłaszcza, że rozporządzamy dziś środkami mniéj niebezpiecznemi, a może w niektórych razach równie pewnemi. Częściowa resekcyja żołądka według Czernego i gastroenterostomija Wölflera współubiegają się w tych razach o pierwsze z resekcyją całkowitą. Czerny (*Archiv f. klin. Chir.* T. 30 I.) wykazał, że w przypadkach wrzodów i blizn odźwiernika można względnie często wyciąć wrzód za pomocą 2 cięć eliptycznych i następnie zeszyć ubytek bez całkowitéj resekcyi odźwiernika. Jeżeli wrzód znajduje się na przedniéj ścianie żołądka, to zabieg jest zupełnie prostym, jeżeli zaś na tylnéj, to należy sobie utorować doń dostęp przez otwarcie żołądka od przodu. Czasem udaje się nawet, według Czernego, wyłuszczyć drogą tępą cały wrzód ze zgrubiałéj ściany żołądka. Zalety tego postępowania w porównaniu z całkowitą resekcyją są nader wybitne. Szew zakładamy zaledwie na $^1/_4$ lub $^1/_3$ obwodu żołądka, a tém samém niebezpieczeństwo rozejścia się szwu jest daleko mniejsze, następowéj zaś zgorzeli okrężnicy poprzecznéj obawiać się przy téj operacyi nie potrzebujemy. Całkowite wycięcie odźwiernika może tylko wtedy byłoby dziś wskazaném z powodu wrzodu, gdyby resekcyja częściowa lub gastroplastyka podana przez Mikulicza były niemożliwe, a brak wszelkich zrostów z organami sąsiedniemi pozwalał spodziewać się pomyślnego wyniku operacyi. W razie jednak rozleglejszych zrostów lub znaczniejszego osłabienia chorego uważałbym operacyję Wölflera za zabieg daleko prostszy i mniéj niebezpieczny a równie może skuteczny.

Operacyja ta polega na utworzeniu sztucznéj komunikacyi pomiędzy żołądkiem a jelitem cieńkiém z ominięciem odźwiernika i dwunastnicy. Pierwszy raz wykonał ją Wölfler w przypadku raka żołądka, przekonawszy się wśród laparotomii, że zamierzona resekcyja nie dała się dokończyć. O ile mi wiadomo, wykonano operacyję tę dotąd 24 razy, 19 razy z powodu nowotworu, 5 razy z powodu zwężeń bliznowatych w żołądku i dwunastnicy. Przy zwężeniach natury niezłośliwéj daje ona wyniki nader pomyślne i z pewnością zostanie zabiegiem w wielu bardzo przypadkach odpowiednim, ratującym chorego od śmierci z wyniszczenia. Natomiast statystyka zwężeń natury złośliwéj wcale nie przemawia na korzyść téj operacyi. Z 19 chorych umarło 12 z saméj operacyi, 1 po miesiącu, 3 po 4 miesiącach, a tylko co do 3 zanotowano, że jeszcze po 2, 3 i 4 miesiącach cieszyli się względnie dobrém zdrowiem. W obec tych wcale niebardzo zachęcających wyników zdaje się, że wypadnie może powtórzyć o gastroenterostomii wykonanéj z powodu nowotworów to samo, cośmy powiedzieli o gastrostomii wykonanéj z podobnych przyczyn. Wprawdzie i tu nie brakło głosów żądających, aby operacyję tę wykonywano we wcześniejszym okresie. Mianowicie Courvoisier (*Centralblatt f. Chir.* 1883 str. 794) twierdził, że w każdym przypadku, w którym podczas operacyi resekcyja żołądka okaże się niewykonalną, należy przystąpić do gastroenterostomii, choćby nawet zwężenia odźwiernika nie było, a to ze względu na to, że przecież z czasem do zwężenia przyjść może. Zdanie to jednak nie znalazło poparcia i sądzę, że słusznie. Jeżeli resekcyja niemożliwa, a zwężenia jeszcze nie ma, to najlepiéj zakończyć rychło operacyję zeszyciem powłok brzusznych, o ile zaś przy istniejącém już zwężeniu nowotworowém znaczniejszego stopnia operacyja ta ma racyję bytu, niech dalsze doświadczenia rozstrzygną.

Technika téj operacyi jest dość prostą. Według Wölflera wchodzi się ręką w okolicę fałdu dwunastnico-czczego, gdzie łatwo znaleźć pierwszą pętlę jelita czczego, przymocowaną tamże za pomocą krótkiéj krezki. Znalazłszy ją wyciąga się pętlę jelita o 40—50 cm. poniżej położoną i przeprowadziwszy ją poprzed okrężnicą poprzeczną przysuwa się do krzywizny wielkiéj żołądka. Następnie robimy zarówno w żołądku jak i w jelicie nożem otwór i zeszywamy brzegi tych otworów ze sobą tak, że powstaje wolna zupełnie komunikacyja wprost pomiędzy żołądkiem a jelitem. Należy tu zważać tylko na jednę okoliczność, a mianowicie na to, aby zapewnić należyte krążenie treści przewodu pokarmowego wśród jelit, a mianowicie niedopuścić cofania się żółci przez nowo wytworzony otwór do żołądka, co w jednym przypadku operowanym przez Billrotha przyczyniło się do niepomyślnego zakończenia całéj sprawy. Najprościéj można celu tego dopiąć w ten sposób, że otwór w jelicie robimy nieco (o 1 cm.) dłuższy niż w żołądku, tak, że lewa część otworu jelitowego pokryta jest nienaruszoną ścianą żołądka. W ten sposób żółć spływająca do dwunastnicy, mając utrudniony dostęp do żołądka, wprost przechodzi do niższych części jelita. Zresztą pamiętać należy o tém, że sam otwór nie powinien mieć nigdy więcéj niż 2—2$^1/_2$ cm. średnicy.

Technika operacyjna podana przez Wölflera doznała w ostatnim czasie pod pewnym względem zmiany. Gdy się bowiem przekonano kilkakrotnie, że w skutek wyciągnięcia pętli jelita czczego poprzed okrężnicę do żołądka nastąpiło uciśnięcie okrężnicy poprzecznéj, a tém samém utrudnienie krążenia treści przewodu pokarmowego w jelicie grubém, starano się temu zapobiedz w ten sposób, że robiono otwór podłużny w śródjeliciu okrężnicy poprzecznéj i przez tę szparę przeciągano pętlę jelita czczego, aby ją przymocować oczywiście nie już do krzywizny wielkiéj żołądka, tylko do tylnéj jego ściany. Modyfikacyja ta z pewnością we wszystkich tych razach, w których jelito czcze nie daje się przeprowadzić poprzed okrężnicę bez znaczniejszego napięcia, jest zupełnie odpowiednią.

Założenie szwu jelitowego wprawdzie przy tym drugim sposobie operowania jest o wiele trudniejsze i niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydostającą się przypadkowo treść jelita o wiele większe, ale przy pewnéj wprawie z łatwością można te trudności pokonać.

Wypada mi tu wreszcie dodać, że Billroth w jednym przypadku, w którym rak zajmował oprócz odźwiernika także znaczną część samego żołądka, tak, że zespojenie żołądka z dwunastnicą byłoby po resekcyi zwykłéj prawie niemożebném, wykonał naprzód gastroenterostomiję, a następnie resekcyję części schorzałéj, niezeszywając jednak żołądka z dwunastnicą, lecz zamykając osobno szwem ranę żołądkową, osobno zaś dwunastnicową. Dla całości chcę jeszcze wspomnieć i o nieudałéj resekcyi całego żołądka u człowieka z powodu raka, zamierzonej przez amerykańskiego chirurga O'Connora. Chora oddała ducha jeszcze na stole operacyjnym.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Prof. Tamassia (w Padwie): **Studyja doświadczalne nad rozróżnieniem sińców od plam pośmiertnych.**

W rozprawie swéj p. t. *Des ecchymoses cutanées*, Paris, 1885, Dr. Perrin de la Touche przypomniał sposób podany już przez Olliviera d'Angers celem odróżnienia w przypadkach wątpliwych sińca od plamy pośmiertnéj. Sposób ten jest następujący: Kawałek tkanki maceruje się w wodzie albo w wyskoku; jeżeli miazdra przybiera barwę fijołkową lub drożdży winowych, utrzymującą się stale, jestto wynaczynionka; jeżeli to zaś była plama pośmiertna, wtedy wszelkie zabarwienie znika dość prędko. Ponieważ postępowanie to jest proste i łatwe, T. robił doświadczenia celem skontrolowania, czy na niém polegać można; nie poprzestał atoli na macerowaniu tkanin krwią podbiegłych i plam pośmiertnych we wodzie i wyskoku, lecz użył i innych płynów, jak chloroformu, zgęszczonego kw. siarkowodowego, 10% rozczynu chloranu potasowego, 16% rozczynu chlorku zynku, wody chlorowéj i 3% rozczynu sublimatu w wyskoku; doświadczenia swe robił w pracowni przy cieplocie 24—26°C. Ze wszystkich odczynników najmniéj odpowiednemi okazały się podane przez Olliviera, t. j. woda i wyskok, najdzielniejszym zaś woda chlorowa, która dość prędko niszczy imbibicyję, podczas gdy wynaczynień nie narusza. Odczynnik ten zatém jest dobrym środkiem pomocniczym w przypadkach wątpliwych, zwłaszcza w obec wynaczynionek małych. *(Rivista sperimentale di medicina legale*, XII, 4, 1887). *L. B.*

Ungar (w Bonnie): **O wykryciu plemników w nasieniu zasuszoném.**

W Nrze 46 *Przeglądu Lek.* z r. 1886 podaliśmy krótką wzmiankę o wykładzie tym Dra Ungara, mianym na Zjeździe berlińskim. Gdy wykład ten obecnie ukazał się w *Viertelјsch. f. gerichtl. Medicin* 46 t., 2 z. zdajemy z niego sprawę obszerniejszą.

Wspomniawszy o trudnościach, które lekarz sądowy napotyka w badaniu plam nasiennych, U. zastanawia się nad metodą Roussina barwienia preparatu za pomocą jodu, która według Hofmanna żadnéj nie przynosi korzyści, dalej Longueta, zgadzając się ze sprawozdawcą, że i ten sposób barwienia za pomocą karminu amonijakalnego jest niepraktycznym, dalej nad sposobem Pinkusa, a wreszcie stwierdza, że Schaitter (w zakładzie sądowolek. krakowskim) był pierwszym, który posługiwał się do barwienia barwikami anilinowemi, a w szczególności eozyną. Autor sposób ten uznawszy za dobry starał się wydoskonalić go stosując postępowanie Kocha w obec dochodzenia prątków, a mianowicie robiąc preparaty suche, czyli t. zw. nakrywkowe, a następnie barwiąc preparaty dwojakiemi barwikami. Postępowanie to w szczególności jest następujące: Kawałeczek badać się mającéj materyi zamacza się jednym końcem w wodzie destylowanéj z dodatkiem kw. solnego (1 kropla na 40cm.sz. wody) i zostawia się od ½—10 godzin; poczém strzępek pincetą uchwycony wyciska się lekko na kilku szkiełkach nakrywkowych; gdy masa już wyschła, bierze się szkiełko pincetą i przeciąga się szybko 3 razy przez płomień wyskokowy lub gazowy trzymając powierzchnię, na któréj masa się znajduje, ku górze; następnie daje się szkiełko z masą zwróconą na dół do rozczynu (*Eosini* 2,5 na *Spir. vini* 30cm.sz. i *Aq. dest.* 70cm. sześc.) przez godzinę, pozostawiając je pod kloszem, poczém wyjmuje się, pozostawia na powietrzu, aż wyschnie i płucze lekko w mięszaninie wyskoku i wody (1:2). Preparat wypłukany daje się do hematoksyliny (*Haematoxyl.* 0·35, *Alcohol. absol* 10·0, *Aluminis* 0·1, *Aq. destill.* 30·0). Plemniki ukazują się zabarwione w ten sposób, że tylna część główki jest ciemno-niebieską, przodkowa zaś, część środkowa i ogonek czerwone. Można barwić w kolei odwrotnéj, t. j. naprzód hematoksyliną a następnie eozyną, albo za pomocą wezuwiny i eozyny, a w sposób jeszcze prościejszy, za pomocą zieleni metylowéj (*Methyl.* 0·15—0·30:100·0, *Aq. dest.* z dodatkiem 3—6 kropli HCl). *L. B.*

Winter: **Spostrzeżenia na noworodkach, ważne pod względem sądowolekarskim.**

Autor, będący asystentem przy klinice położniczéj w Berlinie, podaje 8 przypadków sekcyj, robionych na noworodkach, urodzonych w zakładzie, co do których więc sprawdzono jak najdokładniéj daty anamnestyczne. Wychodzi on z bardzo słusznego zapatrywania, że śród porodu zdarzają się obrażenia, które możnaby uznać jako przez matkę umyślnie wywołane, a lekarz sądowy, nieposiadający dat anamnestycznych, może popaść w błąd na wielką szkodę obwinionéj. Wielka ztąd wynikłaby korzyść dla medycyny sądowéj, gdyby położnicy zechcieli częściéj udzielać swoich doświadczeń w téj mierze. Przypadki, podane przez Wintera bez wszelkich uwag, są następujące:

1. Poród ciężki, dziecko nieżywe wydobyte kleszczami, dobrze rozwinięte, skóra na głowie i twarzy mocno sina i obrzękła, pępowina okręcona około szyi, po jéj odjęciu bruzda wyraźna, płuca bezpowietrzne, w krew obfite; fałdy nagłośniowe i nagłośnia mocno obrzękłe, opłucna i osierdzie

okazują liczne wynaczynionki, w tkance nerkowéj naokoło miedniczek znaczne wynaczynienie.

2. Dziecko rodzi się zamartwiczo z pępowiną naokoło szyi okręconą; przywrócone do życia oddycha słabo i umiera po 8 godzinach. Pod oponami miękkiemi nagromadzenie krwi skrzepłéj i spłaszczenie zwojów; obie komórki boczne wypełnione szczelnie skrzepami, w tylnym dole czaszkowym dużo krwi płynnéj i skrzepłéj i przypłaszczenie rdzenia przedłużonego; wynaczynionki na opłucnie i osierdziu oraz pod bł. śluzową więzadeł głosowych rzekomych, płuca mało powietrza zawierają, w lewéj połowie jamy brzusznéj liczne, błoniaste zrosty pomiędzy trzewami.

3. Poród bliźniąt donoszonych; jeden z bliźniaków okazuje zaraz po urodzeniu się opad pr. górnéj powieki, drgawki, niezdolność do ssania i łykania, śmierć po 5 dniach. Pomiędzy kością czołową i ciemieniową prawą a oponą twardą wynaczynionka skrzepła grubości palca i około 50 gramów ważąca, spłaszczenie mózgu.

4—6. Obrażenia wewnętrzne powstałe w skutek wahań Schultzego. W przypadku pierwszym dziecko 49cm. długie, kleszczami wydobyte, zamartwicze, niedocucone pomimo $1^1/_2$ godzinnych starań sposobem Schultzego, okazuje moszna mocno obrzękłe i sine, po nacięciu tryska krew mocno, w jamie brzusznéj około 100 grm. krwi z moszen wydobywającéj się, płuca pływają, na opłucnie kilka wynaczynionek. W przypadku drugim dziecko donoszone rodzi się zamartwiczo wśród opadnięcia pępowiny, wahania Schultzego pozostają bez skutku. W jamie brzusznéj dużo krwi płynnéj, z moszen sinych wylewa się za nacięciem i naciskiem krew do jamy brzusznéj, między wątrobą a jéj otrzewną dużo krwi płynnéj, nad płatem lewym w jedném miejscu otrzewna przedarta, w lewéj okolicy pachwinowéj i w prawéj lędźwiowéj wybroczyny podotrzewnowe; płuca zawierają powietrze, żebra 3, 4 i 5 prawe, na cm. od przyczepienia chrząstkowego złamane. W trzecim wreszcie bliźniak 46cm. długi wydobyty kleszczami, zamartwiczy, wahania bez skutku. Wynaczynienie między oponami miękkiemi a mózgiem wielkim, łuska tyłogłowowa poprzecznie złamana przed częścią kłykciową kości podstawowéj. Oba płuca powietrzne, w jamie brzusznéj dużo krwi płynnéj, otrzewna na wątrobie oddzielona i kilkakrotnie przedarta, w pr. okolicy pachwinowéj wynaczynionka podotrzewnowa.

7. Dziecko donoszone, krzyczy po urodzeniu, śmierć po 6 godzinach. Płuca bezpowietrzne, nie pływają, wynaczynionki podopłucnowe, żołądek i górna część przewodu jelitowego zawierają powietrze.

8. Dziecko martwo urodzone, 49cm. długie; na okostnéj czaszkowéj liczne wynaczynionki, obrzęk opon mózgowych, płuca całkiem bezpowietrzne, wynaczynionki podopłucnowe; żołądek i cały przewód pokarmowy zawierają dużo powietrza.

(Autor podaje te opisy bez uwag, zostawiając epikryzę lekarzom sądowym. W rzeczy saméj przypadki te mają wielką doniosłość, o ile są dla lekarza sądowego wskazówką, jak powinien być ostrożnym w przypuszczeniu, że obrażenia powstały za życia i zadane zostały ręką cudzą. I tak w przypadku pierwszym mamy bruzdę na szyi, *oedema glottidis* i wynaczynionki podopłucnowe u dziecka, którego płuca są bezpowietrzne; w drugim bruzdę na szyi, w komórkach bocznych mózgu krew skrzepłą a w płucach nieco powietrza, — jakże łatwym mógł być wniosek, że dziecko to zostało uduszone, gdyby się nie znało przebiegu; w przypadku trzecim możnaby przypuścić śmierć skutkiem obrażenia głowy; czwarty, piąty i szósty dowodzą, że postępowanie Schultzego z jednéj strony skuteczne, o ile powietrze istotnie do płuc wpędzać można, z drugiéj zaś nie wolne od niebezpieczeństwa dla życia noworodka, skoro śród niego i przez nie powstają tak znaczne obrażenia wewnętrzne; przypadek siódmy przyczynia się do stwierdzenia nauki Schrödera, obecnie już prawie powszechnie przyjętéj, że powietrze uchodzić może z płuc noworodka, który oddychał; wreszcie ósmy dowodzi, że u dziecka martwo urodzonego, którego płuca są bezpowietrzne, przewód pokarmowy zawierać może powietrze. Jestto analogija do dostania się powietrza do płuc dziecka jeszcze w macicy znajdującego się, jeżeli po pęknięciu błon i odejściu wód poród nie odbywa się szybko, a tymczasem powietrze zewnętrzne w ślad za ręką badającego lub za narzędziem wciska się w macicę, a dziecko oddycha przedwcześnie dla przeszkód w krążeniu łożyskowém; w tym przypadku w tchawicy znaleziono śluz i smołkę, powietrze więc łatwiéj dostać się mogło do żołądka aniżeli do płuc. Przypadek ten atoli, jakkolwiek ciekawy, ma znaczenie tylko dla położnika, bo lekarz sądowy z oddychaniem macicznémi nie spotyka się, ponieważ jego klijentki, rodząc potajemnie, nie są narażone na dostanie się powietrza do macicy. *Przyp. Sprawozd. (Viertelj. f. ger. Medicin*, 1887, 46 T., 1 Z.). *L. B.*

Farmakologija.

Fosfor w krzywicy.

β. Dr. F. Toeplitz ogłasza w *Bresl. ärztl. Ztg.* nadzwyczaj pomyślne wyniki, jakie otrzymał, stosując w krzywicy w ciągu niespełna 3ch lat tran rybi z fosforem, w ilości $^2/_3$ do 1mgr. dziennie fosforu. Autor nie dostrzegł żadnego szkodliwego, ubocznego działania tego leku, podając go nawet w lecie. Zwykle już po upływie 2—3 tygodni skutek występował. Pojedyncze objawy chorobowe znikają w rozmaity sposób kolejno po sobie, zauważyć można było jednak, że zwykle najpierw nikły poty występujące na głowie. Ilość fosforu, jakoteż czas potrzebny do wyleczenia nie da się ściśle określić; począwszy od 4—6 tygodni aż do 9—10 miesięcy stósowano leczenie. Równocześnie z podawaniem fosforu zmieniano zupełnie tryb życia u rozpoczynających lekowanie. Z 208 przypadków zaniku kości czaszkowych *(Craniotabes)* wyleczono zupełnie 176 w przeciągu 8 tygodni, 26 w trzecim miesiącu, a w 6 przypadkach musiano leczenie fosforem rozciągnąć na dłuższy przeciąg czasu, podczas gdy dawniéj T. potrzebował na to 4—5 miesięcy; kurcz głośni obserwował autor w 58 przypadkach i usunął go w 42, w przeciągu 8—14 dni. Z 490 przypadków nieukończonego ząbkowania 104 chorych zupełnie nowych zębów nie dostało w ciągu używania fosforu; 70 dzieci zaś dostało 8—14 zębów i to mianowicie w 206 przypadkach dopiero po dłuższém niż 6-tygodniowém używaniu fosforu; w większéj części przypadków występowały zęby parzyste. Ciężar ciała regularnie zwiększał się, płuca rozwijały się lepiéj, również znać téż było postępy w ruchach dziecka, które teraz daleko pewniéj trzymało się na nogach i w ogóle było pewniejsze siebie. Według autora wyższość tego sposobu lekowania nad innemi polega na tém, że kuracyja jest niezależną od zewnętrznych czynników.

F. Torday używał fosforu w sposób podany przez Kassowitza w 162 przypadkach krzywicy. Nie może on jednak zgodzić się na przyznanie temu lekowi zalet środka swoistego, wpływającego bezpośrednio na kostnienie i usunięcie zmian wywołanych krzywicą. Uważa on fosfor tylko jako

środek usuwający znakomicie pewne objawy téj choroby. Szczególniéj dobrze działa on przeciw skurczowi krtani, a także usuwa bóle w kościach i działa podniecająco na cały układ nerwowy.

Dr. Unruh podziela zapatrywania Kassowitza co do przyczyn powstawania krzywicy, z tą jednak różnicą, że jeszcze dobitniéj niż K. dowodzi i obstaje przy twierdzeniu, że krzywica jest wrodzoném zboczeniem, a więc wprost przeciwnie z dotychczas przeważnie panującemi pojęciami. U dzieci, które zdradzają wybitne objawy krzywicy ku końcowi pierwszego roku życia, należy szukać początków téj choroby już w pierwszych tygodniach, a nawet pierwszych dniach życia; U. twierdzi zatém, że dzieci takie przyniosły już tę chorobę z sobą na świat. Dowody na to przytacza następujące:

1. Dziedziczenie krzywicy, t. j. przechodzenie jéj z matki na dziecko.

2. Występowanie jéj (nawet ciężkich form) w warunkach życia na pozór całkiem korzystnych.

3. Niezależność krzywicy od zaniku.

Jeżeli mamy do czynienia z pozornie późniejszą postacią rozwojową téj choroby, to na pewne można twierdzić, że przeoczono tylko objawy początkowe, które przedewszystkiém i najpierw występuje na czaszce i piersiach.

Dotychczas grzeszono przedewszystkiém za późném rozpoczynaniem leczenia, t. j. wtedy, kiedy już niewiele niém osiągnąć było można. Spostrzeżenia Dra U. odnoszą się do 400 dzieci leczonych jużto w domu podrzutków, jużtéż prywatnie. Prawie bez wyjątku wyniki lecznicze osiągnięte przez autora można było nazwać pomyślnemi, to téż bez wahania się twierdzi, że znaczną liczbę dzieci tylko ciągłe podawanie fosforu uchroniło od skoślawienia członków lub zaklęśnięcia klatki piersiowéj. Autor wyznaje otwarcie, że na to, aby u dzieci krzywica nie występowała, nic poradzić nie był w stanie i zawsze przekonał się, że była ona następstwem dziedziczenia z rodziców na dzieci, z pokolenia na pokolenie; a z drugiéj strony nawet mimo podawania fosforu w samych początkach niejednokrotnie następowało opóźnienie w złączeniu się ciemiączek i zboczenia w ząbkowaniu. Dzieci jednak czuły się przy tém leczeniu zdrowsze, co okazywało się w weselszém ich usposobieniu, a kurczu głośni, ani zniekształceń klatki piersiowéj mimo zapaleń płuc i oskrzeli nie było ani jednego przypadku. Najpomyślniejsze i uderzające skutki lecznicze fosforu widział autor w przypadkach kurczu głośni. Również zawsze dostrzegać się dało polepszenie ogólnego odżywienia, wzmożenie apetytu, a w końcu i stwardnienie kości, przyczém znikały i zboczenia w oddychaniu.

Raudnitz krytykuje sposób obecnie powszechnie używany podawania fosforu w krzywicy w połączeniu z tranem. Zdaniem autora tłuszcz żaden nie powinien wchodzić w skład leku, zawierającego fosfor, bo skutkiem szybkiego rozkładu lek taki może nawet wywołać bardzo niemiłe zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Hasterlik poleca użycie wody fosforowéj, która nigdy nie wywołuje ubocznego działania, a przechowywana w naczyniu dobrze zatkaném może nawet kilka miesięcy utrzymać się bez zmienienia swego składu. Raudnitz przekonał się o słuszności twierdzenia Hasterlika, i dla tego obecnie inaczéj fosforu nie używa, jak tylko przepisując go: *Rp. Aq. phosphor. Hasterlik, Syrupi simplic. āā* 100,0; z tego podawać 1 do 2 łyżeczek od kawy na dzień. W razie zbytniéj drażliwości przewodu pokarmowego i skłonności do biegunki dodaje do powyższego leku 1grm. *Tinct. opii simpl.* (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1887, Nr. 21).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

V zwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 26 marca 1887.

Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 26.

Kol. Szmidt przytoczył z własnéj praktyki przypadek methemoglobinuryi peryjodycznéj dotyczącéj chorego, trzydzieści kilka lat liczącego. Chory ten przebywał kiłę przed laty kilku. Dopiero przed rokiem po raz pierwszy po przeziębieniu się spostrzegł mocz swój barwy brunatno-czerwonéj, a gdy poprzedzające dreszcze i następowa gorączka dopełniały obraz chorobowy, chory przerażony szukał porady u kol. prelegenta. Ten stwierdził nieprawidłowe zabarwienie moczu, żółtaczkowe zabarwienie skóry, ciepłotę podniesioną do 39°, powiększenie wątroby i śledziony, bolesność w okolicy nerki lewéj i ogólne osłabienie. Dalsza obserwacyja pouczyła prelegenta, iż objawy te występowały peryjodycznie, ile razy chory był narażony na działanie zimna. Mocz jego już w kilka godzin po napadzie przybierał barwę prawidłową, a inne objawy chorobowe zmniejszały się, a wreszcie zupełnie ustępowały, nawet udało się prelegentowi wywołać sztucznie szereg tych objawów, gdy kazał choremu na pewien przeciąg czasu włożyć ręce do zimnéj wody. Na podstawie powyższych obserwacyj, jakotéż i na podstawie rozbiorów moczu dokonanych przez kol. Wiczkowskiego nie wahał się rozpoznać methemoglobinuryję peryjodyczną, a domyślając się przyczyny, za innymi autorami, w kile przebytéj, doradzał choremu leczenia przeciwkiłowego.

Z kolei zabrał głos kol. Wiczkowski, który korzystając z grzeczności koleżeńskiéj kol. Szmidta miał sposobność badać mocz wydzielany podczas napadu i po napadzie. Podczas napadu oddany mocz okazywał trzy ważne cechy, na które kol. W. zwraca uwagę: 1) Mocz brunatno-czerwony zawdzięcza swą barwę methemoglobinie, którą znalazł już w moczu świeżo wydzielonym, poleca przeto wraz z innymi nazwę methemoglobinuryi zamiast hemoglobinuryi. 2) Charakterystyczném jest oddziaływanie wybitnie kwaśne takiego moczu, co tłumaczy prelegent tém, iż methemoglobina sama jakotéż hemoglobina w rozpuszczeniu oddziaływa kwaśno, a krew *in toto* nie przechodzi do moczu. 3) Osad moczu takiego składa się z masy drobno ziarnistéj będącéj hemoglobiną strąconą z roztworu. Pod mikroskopem zaledwie tu i owdzie można znaleźć pojedyncze tak zwane „cienie“ ciałek krwi czerwonych. W moczu po napadzie przez kilka godzin mógł prelegent stwierdzić białko surowicze. Te cechujące objawy moczu okazał prelegent w odpowiednich przyrządach, jak widmowym i pod mikroskopem.

W dyskusyi zabrał głos kol. Pisek, przytoczywszy historyję choroby przez siebie obserwowanéj u młodego człowieka z hemoglobinuryją, wykazał różnice zachodzące w tym przypadku z przypadkiem przez kol. Szmidta opisanym, podał przegląd stósowanego leczenia, a wreszcie poczynił kilka uwag co do historyi i patogenezy tego niezwykłego cierpienia, które znowu nie jest tak nowém, jakby się zdawało. Hemoglobinuryja znaną już jest od roku 1854. Na zakończenie podał wynik sekcyj dotąd dokonanych na chorych zmarłych, jużto skutkiem hemoglobinuryi, jużtéż z innych chorób, po „wyleczeniu się“ z téjże na krótko przed śmiercią. Rzecz w całości będzie umieszczoną w Przeglądzie Lekarskim.

Dr. Krobicki mówi o nowszych sposobach miejscowego leczenia nieżytu pęcherza w następstwie *prostatitis*. Po omówieniu ostrych przypadków, w których już jednorazowe założenie cewnika celem wypróżnienia nadmiernie moczem rozszerzonego pęcherza wystarcza, podnosi, że przy rękoczynie tym wskazane jest dokładne odrażenie tak narzędzia, rąk lekarza jak i członka. Przewłoczny nieżyt pęcherza, osobliwie w razie niedowładu tegoż, wymaga częstszego kateteryzowania, płukania i wstrzykiwania doń płynów leczniczych. Do rękoczynów tych używa się obecnie o ile możności cewników miękkich Nelatona, a tylko w ostatecznym razie elastycznych lub metalowych. Katetery powinny być średniéj grubości, aby bólu przy wprowadzaniu nie sprawiały i dłuższe z powodu większéj długości cewki moczowéj przy *prostatitis*. Katetery elastyczne i metalowe mają mieć zakrzywienia t. zw. prostatyczne. Kateterów *à double courant* jako niepra-

ktycznych mało kto używa; toż samo do przestrzykiwań irygatorów. Do przestrzykiwań najpraktyczniejszą jest strzykawka ręczna o 60 do 100 grm. pojemności. Lepiéj wstrzykiwać mniejsze ilości płynu od 40 do 60 gram po kilkakroć raz po razie, niż większe ilości, aby nie osłabiać siły mięśniowéj pęcherza. Opisawszy sposób wprowadzania cewnika w przypadkach tego cierpienia, jak i pozycyje, jakie choremu odpowiednio do stopnia cierpienia nadać należy, ostrzega przed całkowitém wypuszczaniem moczu w przypadkach, w których pęcherz *ad maximum* jest rozszerzony. Tyczy się to przedewszystkiém starców i polecona jest metoda wypróżniania pęcherza w małych pauzach przez ucisk anie cewnika, zawsze jednak w pęcherzu cośkolwiek moczu, osobliwie w pierwszych posiedzeniach, zostawić należy. Ostrożności te ochraniają chorych od zapadu sił i od krwotoków do pęcherza. W przypadkach, gdzie błona śluzowa części prostatycznéj cewki i szyjki pęcherza chorobowo jest zajęta i trwałą przyczynę drażnienia gruczołu krokowego stanowi, metoda Ultzmanna miejscowego leczenia korzystne daje rezultaty. Polega ona na wypuszczaniu moczu w stojącéj pozycyi chorego, a po kilkakrotném przepłukaniu pęcherza wodą, wstrzyknięciu doń płynu leczniczego. Wstrzykuje się jednak tak, że się pierwéj o 2—3 cm. kateter z pęcherza cofa, aby okienko jego na wzgórek nasienny wypadło. Wstrzyknięty płyn przezwycięża opór zwieracza spłukuje chore miejsce, wchodzi do pęcherza, nie jest jednak w stanie wrócić zeń, bo kateter światło cewki zatyka. To jest dowód na to, że się manipulacyję dobrze wykonało. Ultzmann poleca płyn parę minut w pęcherzu zatrzymać i nie wypuszczać go kateterem, aby oddany własnowolnie przez chorego spłukał po drugi raz chorą część cewki. Chorych osłabionych traktuje się w opisany sposób w łóżku albo na krześle. Jeżeli się chce siłę mięśniową pęcherza wzmocnić, wstrzykuje się do pęcherza zimną wodę i zimne rozczyny leków. W razach wielkiéj bolesności i drażliwości chorego wstrzykuje się letnią wodą samą lub płyny lecznicze letnie. Czasem jako akt przygotowawczy dla umniejszenia bólu wstrzykuje się przed kateteryzowaniem 2% kokainu do cewki. Do wstrzykiwań najrozmaitsze środki różni lekarze zalecają. Z ważniejszych prelegent wyróżnił rozczyny *Argentum nitricum* 0,10 do 0·50 do 100·00 wody jako swoiste działanie na błonę śluzową posiadające i takie, które mu w jego własnéj prywatnéj praktyce wiekie usługi oddały. Lekarze poświęcający się endoskopii dowiedli, że częstą przyczyną parcia na mocz, krwawienia w pęcherzu i następowego wyniszczenia chorego, są nadżerki, pęknięcia a nawet wrzodziki bł. śluzowéj części prostatycznéj cewki i szyjki pęcherza. Polecają oni w tych razach kauteryzowanie endoskopijne rozczynem 5, 10—20% *Argentum nitricum* a nawet lapisem *en crayon*. Wykonywają tę manipulacyję co kilka dni i jakkolwiek chwalą dobre rezultaty, wątpią sami, aby nietylko metoda ta ale nawet i endoskopija sama mogła mieć dla praktycznego lekarza jaką wartość z powodu ogromnych trudności w endoskopowaniu i kosztowności tegoż. Bary zaleca w przypadkach zajęcia części prostatycznéj cewki i szyjki pęchęrza wkraplanie metodą Guyona zwykłym kateterem kilku kropel *Argentum nitricum* w stosunku 1:50 na cierpiące miejsca również w odstępach kilkudniowych. Sposób ten, chociaż kontroli endoskopu nie ulega, daleko praktyczniéj się przedstawia. Prof. Bottini w Pawii w przypadkach *cystitis* z powodu cierpień prostaty uskuteczniа z dobrym rezultatem galwanokaustyczne przypalania i rozpołowienia prostaty, skoro takowa zanadto światło cewki zatyka. Technika téj operacyi jest bardzo mozolna i trudna, a operacyja między największemi powagami na polu leczenia pęcherza i dróg moczowych mało ma zwolenników. Thompson wcale jéj nie uznaje, Guyon nie wyklucza możliwości wykonywania jéj z dobrym rezultatem, lecz jéj sam nie robi, a w Wiedniu podobno kilkakrotnie w klinikach Ultzmanna i Dittla uskuteczniona, nie wiedzieć czy się przyjmie. Pozostają zwątpiałe przypadki uporczywéj *cystitis*, które żadnym z przytoczonych sposobów leczyć się nie dają, a choremu z powodu wyniszczenia, zupełnéj anuryi lub innych przyczyn, śmiercią grożą. Te leczą się czysto operacyjnym sposobem albo przez t. zw. *punctio alta*, albo *per urethrotomiam externam*. Utworzenia fistuły przez przebicie prostaty od strony kiszki stolcowéj wcale teraz nie praktykuje się z powodu absolutnéj niemożności traktowania ściśle przeciwgnilnego rany w tém miejscu. *Dr. Wiczkowski.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Könen: O szerzeniu się krzywicy pod względem geograficznym.

W rozprawie inauguralnéj napisanéj pod kierunkiem Bollingera dochodzi K. do następnych wniosków: Krzywica jest chorobą północnéj kuli, przypadki bowiem na południowéj półkuli są rzadkiemi. Na północnéj półkuli mieszkańcy strefy umiarkowanéj szczególniéj chorobie ulegają. K. zgadza się ze zdaniem Hirscha, że wpływy klimatyczne w etyjologii krzywicy wielką grają rolę, równie jak ze zdaniem Maffeiego, że częstość krzywicy zostaje w odwrotnym stosunku do wzniesienia nad poziom morza. Przyznaje jednak ważny udział w powstawaniu choroby wadliwéj higijenie.

Głównie zdarza się krzywica w wielkich miastach, a w nich znów w dzielnicach nadrzecznych i wylewami nawiedzanych. Częste pojawianie się krzywicy na wiosnę i w lecie należy z największém prawdopodobieństwem w ten sposób tłumaczyć, iż utajone początki i powolne wzmaganie się choroby odnieść należy do zimy, w czasie któréj stosunki dzieci, zwłaszcza w klasach niższych, są gorsze niż w ciepłéj porze roku.

Z topograficznych stosunków wynika nakoniec, że związek między krzywicą z jednéj strony, a kiłą, zolzami, zimnicą z drugiéj strony, nie daje się utrzymać, bo w krajach, w których jedna choroba jest nadzwyczaj częstą, druga mało lub całkiem się nie zdarza. *(Mitth. d. V. d. Aerzte.* 1887 Nr. 9).

Dr. Grabowski.

○ W sprawie organizacyi służby zdrowia w gminach. JE. p. Minister spraw wewnętrznych wystosował do JE. p. Namiestnika Galicyi w d. 6 kwietnia r. b. do l. 6051 rozporządzenie następującéj treści:

Rozporządzeniem z dnia 3go grudnia 1873 l. 19,602 wniesiono do Sejmu w celu przeprowadzenia §. 5 państwowéj ustawy zdrowia z 30 kwietnia 1870 Dz. pp. Nr. 68 ze strony Rządu projekt ustawy krajowéj dotyczącéj organizacyi służby zdrowia w gminach. Mimo, że wiele lat od tego czasu upłynęło, nie uregulowano dotąd w kraju Pańskiemu zarządowi poruczonym gminnéj służby zdrowia odpowiednio do wzmiankowanych prawnych postanowień.

Sposobowi zatém przeprowadzenia postanowień zawartych w §§ 3 i 4 ustawy państwowéj co do obowiązków zdrowotnych gminy we własnym i poruczonym zakresie działania brak jeszcze zawsze pewnéj i trwałéj podstawy, co wpływa też jak najszkodliwiéj na wykonywanie nadzoru nad ogólnym stanem zdrowia, zawarowanego dla zarządu państwa w wymienionéj ustawie państwowéj, a mianowicie w §§. 1, 2 i 8.

W szczególności okoliczność, że prawnie nie jest zapewnioném współdziałanie lekarskich organów zawodowych przy spełnianiu czynności zdrowotnych gminom przekazanych ma ten skutek, że sprawy zdrowia z widoczną szkodą publicznego zdrowia, fizycznego rozwoju, a w dalszym rzędzie materyjalnego dobrobytu ludności i siły obronnéj państwa często bywają zaniedbywane lub niedostatecznie spełniane nawet w takich gminach, w których nie brak lekarzy. Brak ten prawnéj organizacyi gminnéj służby zdrowia utrudnia również i tak już w dzisiejszych stosunkach trudne do osiągnięcia osiedlanie się lekarzy po gminach wiejskich, przez co ludność nawet takich okolic, dla których przy organizacyi zapewniającéj lekarzom odpowiedni zakres działania możnaby pozyskać lekarzy, pozbawioną jest dobrodziejstwa leczniczéj pomocy lekarskiéj. Tym jawnym niedostatkom może pożytecznie zapobiedz w pierwszym rzędzie ustawodawcze uregulowanie gminnéj służby zdrowia w myśl §. 5 państwowéj ustawy zdrowia.

Reprezentacyje krajowe w Dalmacyi, Istryi, na Morawie, w Karyntyi, w Tyrolu i Vorarlbergu uznały też w istocie konieczność ustawodawczego uregulowania gminnéj służby zdrowia i wydano też w pomienionych krajach krajowe ustawy zdrowia,

których przeprowadzenie doprowadziło już, zwłaszcza na Morawie, do pożądanego postępu na polu publicznego zdrowia, a zwłaszcza co do znacznego obniżenia się śmiertelności z chorób zakaźnych w skutek doskonalszego tępienia zarazków przez ustawę osiągniętego.

Ścisły wzajemny związek między zdrowotnemi stosunkami pojedynczych krajów, konieczna potrzeba jednolitego rozwoju zdrowotnych instytucyj we wszystkich królestwach i krajach téj połowy państwa, uzasadniona w ustawie państwowéj z dnia 30 kwietnia 1870 r., peryjodycznie powtarzająca się groźba epidemij, których skuteczne odparcie polega na dobrze urządzonéj i ściśle kierowanéj gminnéj służbie zdrowia, wreszcie we wstępie uwydatniona ważność starannéj pieczy nad sprawami zdrowia dla fizycznego powodzenia ludności, a przeto tak dla kraju jak i państwa, nie zezwalają na to, aby ustawodawcze uregulowanie gminnéj służby zdrowia w myśl § 5 państwowéj ustawy zdrowia w krajach, w których ona jeszcze nie istnieje, pozostawiono dłużéj przypadkowym dyspozycyjom i prądom. Zamierzam przeto na najbliższéj sesyi odnośnych sejmów wnieść ponownie jako przedłożenie rządowe projekt ustawy krajowéj co do organizacyi służby zdrowia w gminach.

Aby jednak projekt ten odpowiadał szczegółowym stosunkom kraju przez Pana zarządzanego i uprawnionym życzeniom z kompetentnéj strony głośno słyszeć się dającym, mam zaszczyt powierzyć Panu podjęcie natychmiastowe prac przygotowawczych potrzebnych do tego projektu ustawy, przeprowadzenie odpowiednich dochodzeń, porozumienie się z Wydziałem krajowym, jak również ułożenie z jego współudziałem lub ewentualnie samodzielnie z możliwym pośpiechem dotyczącego projektu, który wraz z opiniją krajowéj Rady zdrowia, z dołączeniem aktów obrad proszę mi do zbadania, a ewentualnie zatwierdzenia, wcześnie, t. j. najpóźniéj po koniec lipca r. b., przedłożyć.

Za podstawę przy opracowaniu tego projektu może w ogóle służyć pierwsze przedłożenie rządowe przesłane z rozporządzeniem z d. 3 grudnia 1873 l. 19,602 z uwzględnieniem ustaw krajowych, jakie od tego czasu do skutku przyszły w Karyntyi (Dz. rozp. kraj. z 1884 Nr. 7), Tyrolu (Dz. ust. kraj.z 1885, Nr. 1), a zwłaszcza na Morawie (Dz. ust. kraj., 1884, Nr. 28 i 67, oraz Nr. 12 z 1886 r.).

Co się tyczy zaproszenia mającego się wystosować do Wydziału krajowego o udział przy układaniu ustawy, należy temuż wyżéj wymienione konieczne powody wymagające rychłego dojścia do skutku ustawy krajowéj przedstawić, a zarazem usunąć te zarzuty, jakie za pozór odmowy rozpoczęcia układów co do ustawodawczego uregulowania gminnéj służby zdrowia podawano. Co do wielokrotnie objawianéj obawy, że organizacyja gminnéj służby zdrowia na zasadzie ustawy krajowéj nie zdoła zapobiedz brakowi lekarzy po wsiach, który tamuje wykonywanie służby zdrowia po gminach, można wskazać na to, że organizacyja gminnéj służby zdrowia w drodze ustawodawczéj, jak to na Morawie i w Karyntyi w wielu razach uwydatniło się, przyczynia się do popierania osiedlania się lekarzy po wsiach, a przez to do odpowiedniego rozdziału lekarzy po kraju.

Organizacyi zdrowotnéj przypada jeszcze inne dalsze, dotąd często zaniedbywane zadanie zapewnienia w myśl ustawy państwowéj pieczy zawodowéj nad gminnemi sprawami zdrowia, przynajmniéj tam, gdzie można mieć współudział lekarzy, a to ma miejsce w największéj części kraju.

Co się tyczy zarzutu podawanego również za powód odpornego zachowania się w obec gminnéj organizacyi zdrowotnéj, a mianowicie rzekomo wysokich kosztów téjże, to należy nadmienić co następuje.

Ogółu wydatków wynikającego z przeprowadzenia prawem przepisanego wykonywania gminnéj służby zdrowia nie można w żaden sposób poczytywać za nowy ciężar nałożony na gminy i ludność. Wykonywanie postanowień §§. 3 i 4 państwowéj ustawy zdrowia z 30 kwietnia 1870 dz. pp. Nr. 68 jest z ustawy wynikającym obowiązkiem gmin, który zupełnie nie zostaje zniesionym ani zmniejszonym, gdy reprezentacyja kraju usuwa się od spełnienia zadania, nałożonego w §. 5 namienionéj ustawy co do ustawodawczego uregulowania pod względem formalnym służby zdrowia, przez co gminom spełnienie prawnie im nałożonego obowiązku co do wykonywania służby zdrowia ma być ułatwionem

Wykonywanie służby zdrowia w gminach może zatém jedynie wtedy nie sprawiać kosztów, jeżeli bywa zaniedbywane i gdy władze nie spełniają obowiązku swego pod względem zmuszania gmin do wykonywania służby zdrowia, stosownie do postanowień ustawy gminnéj. Co się tyczy większego wydatku, jaki pociąga za sobą ustawodawcze uregulowanie téj służby zdrowia w porównaniu do nieuregulowanego wykonywania téjże, to można go jedynie, pomijając jednolity rozdział wydatków zdrowotnych, uwzględniając pożytek ztąd dla ogółu wynikający i obowiązujące ustawodawstwo, poczytywać równie za produktywny nakład, jak za wydatek z ustawy konieczne wynikający. Nie będzie zapewne rzeczą trudną dla WPana dostarczyć reprezentacyi krajowéj przekonywającego materyjału, opartego na aktami udowodnionych spostrzeżeniach co do obecnego stanu zdrowia w gminach, jak również materyjału odnoszącego się do donośnych skutków zaniedbania obowiązków zdrowotnych, a któryto materyjał zdoła ujawnić konieczność ustawodawczego uregulowania gminnéj służby zdrowia. Pod tym względem wskazuję na treść tutejszych rozporządzeń z 13 grudnia 1886 l. 21,553 i 7go marca 1887 Nr. 3098.

Sądzę, iż mogę być pewnym, że WPan nie omieszkasz także osobiście poprzeć pomyślny rozwój i ukończenie téj nader ważnéj sprawy i podtrzymać gorliwość organów, którym poruczone zostanie przeprowadzenie odnośnych prac, tak co się tyczy wykończenia ich na czas, jak również gruntownego ich przeprowadzenia.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem Krakowskiém Cz. XI z 1887 r. wydana i rozesłana 30 kwietnia 1887 zawiera pod L. 37 rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z d. 18 marca r. b. L. 14.081 tyczące się ugody między rządami królewsko-wirtemberskim i c. k. austro-węgierskim względem uznania ważności paszportów wzajemnie wystawionych dla przewozu zwłok. Umowa zawarta w tym względzie, któréj szczegóły podaje wyż wspomniane rozporządzenie, obowiązuje od 1 marca rb.

* Galicyjska Dyrekcyja poczt i telegrafów ogłasza, że od 1 kwietnia po koniec września r. b. jezdne za jednego konia i jeden miriametr wynosić będzie w dawniejszych obwodach: krakowskim, rzeszowskim, sądeckim, sanockim i wadowickim 1 złr. 2 ct. ekstrapocztą a 0·85 pocztą zwyczajną, w tarnowskim i żółkiewskim 0·98 wzgl. 0·82, w czortkowskim, kołomyjskim, samborskim, stryjskim 0·95, wzgl. 0·79, w brzeżańskim, lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim 0·94 wzgl. 0·78, w przemyskim i złoczowskim 0·90 wzgl. 0·75. Należytość za wóz kryty wynosi połowę, za niekryty $^1/_4$ część jezdnego.

— Towarzystwo kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie ogłosiło właśnie zdanie sprawy ze swych czynności w r. 1886, z którego wyjmujemy następujące szczegóły. Towarzystwo pielęgnowało 40 dzieci szkolnych w kolonijach urządzonych dla chłopców w Rudawie a dla dziewcząt w Siedlcu. W żywieniu trzymano się wzoru warszawskiego. W roku 1885 odniosły z pobytu w kolonijach wakacyjnych dziewczęta znacznie większą korzyść niż chłopcy, a tylko ta była różnica w pielęgnowaniu, że na próbę przeprowadzono u dziewcząt leczenie wodami mineralnemi, mianowicie jodową iwonicką i żelezistą francensbadską *Stahlquelle*. To skłoniło komitet kolonijami zarządzający do użycia w r. 1886 u wszystkich dzieci, które tego potrzebowały, wód mineralnych udzielonych, co z uznaniem i wdzięcznością podnieść tu wypada, przez Zarząd iwonicki po cenie bardzo zniżonéj, przez Dra E. Cartellierego zaś we Francensbadzie zupełnie darmo.

Otóż wyrażając wysokość, ciężar ciała i siłę dzieci przed wyjazdem do kolonij w r. 1886 liczbą 100 wypada oznaczyć przy powrocie do domu następującemi liczbami:

	u chłopców	u dziewcząt
Wysokość	100·40	100·31
Ciężar ciała	105·77	105·56
Siłę	122·81	126·40.

Z tego nie można jeszcze wnosić na pewne, że wody mineralne były przyczyną tego wyrównania się wpływu kolonij wakacyjnych na chłopców i na dziewczęta, co do tego potrzeba daleko większych dat statystycznych, ale w każdym razie to przynajmniéj nie ulega wątpliwości, że leczenie wodami mineralnemi po raz pierwszy, ile nam wiadomo, w zwykłych kolonijach wakacyjnych

tu zastosowane nie przedstawia w praktyce żadnych trudności. Byłoby też rzeczą bardzo pożądaną, aby i w innych kolonijach, np. urządzanych z taką starannością dla dzieci warszawskich, przeprowadzono tak samo leczenie wodami mineralnemi, a wtedy na podstawie dużych dat statystycznych można będzie ocenić dokładnie znaczenie wód mineralnych dla kolonij wakacyjnych.

○ Rada związkowa Cesarstwa niemieckiego zatwierdziła projekt ustawy co do używania zdrowiu szkodliwych barw śród przyrządzania pożywek i używek, oraz przedmiotów do użytku. Projekt ten został przedłożonym parlamentowi.

○ Stosunki śmiertelności lekarzy niemieckich. Z dat gotajskiego Banku ubezpieczeń na życie obliczono, że śmiertelność lekarzy przekracza w każdym wieku śmiertelność ogółu zabezpieczonych w tym banku i to o 11·53%. Przyczynami śmierci przeważającemi wśród stanu lekarskiego są choroby dróg oddechowych (łącznie z suchotami), choroby zakaźne i udar.

Pomiędzy chorobami zakaźnemi dur, który zwłaszcza pomiędzy młodszemi znacznie wyższą śmiertelność zrządzał, przeważał szczególnie nad śmiertelnością z tej choroby u ogółu zabezpieczonych w ogóle, do zamożniejszych klas ludności należącego. Ile było przypadków duru plamistego pomiędzy licznemi (115) przypadkami duru, nie dało się na pewne wykazać. Na uwagę zasługuje, że na 1052 przypadków śmierci tylko jeden był z zakażenia trupiego, zapisano atoli 9 innych przypadków zatrucia krwi pomiędzy śmiercią zakończonemi chorobami zakaźnemi, obok tego 8 przypadków róży. Większa częstość udaru u lekarzy w porównaniu do reszty zabezpieczonych występuje już od 36 r. życia, najwybitniejszą była różnica między 36tym a 60tym r. życia.

Przez samobójstwo i uległnięcie przypadkowi zginęło z powyższej liczby ogólnej 18 lekarzy (14 wzgl. 4), gdy wnosząc z ogólnych spostrzeżeń banku na te przyczyny śmierci winnoby przypadać więcej niż 30 przypadków. *(Münch. med. Wochschrft.* 1887, Nr. 19).

○ Monti zamieszcza w *Archiv f. Kndrhkunde* T. VIII rozprawę o lekarsko-policyjnym nadzorze nad mamkami. Podaje on najpierw przegląd przepisów i urządzeń, jakie w tym względzie istnieją we Francyi, Niemczech i Austryi, przyczem przychodzi do wniosku, że sprawa ta w samym początku była w Austryi skutecznie uregulowaną, niestety później zaprowadzone reformy i zmiany sprawiły, że dziś obowiązujące postanowienia co do nadzoru nad mamkami z wyjątkiem zakładu mamek w c. k. zakładzie podrzutków i jednego w Wiedniu istniejącego zakładu prywatnego, zwłaszcza co do stręczycielek mamek są niedostateczne i nie zabezpieczają od niebezpieczeństw i szkód wynikających dla ludności z tego nieuregulowanego stanu. Wprawdzie tak niemiecka jak i austryjacka ustawa o służących zawierają surowe przepisy przeciw mamkom zarażonym chorobami zaraźliwemi, postanowienia atoli te mimo swej surowości nie dają z jednej strony ochrony w tych przypadkach, w których mamki *bona fide* i bez wiedzy o swem cierpieniu, jak to najczęściej ma miejsce, do służby się godzą, a z drugiej strony pozostają dzieci bez ochrony, gdy badanie podejmowały osoby niepowołane, a w ten sposób skazy jak zołzy, gruźlica, kiła i t. d. przeniesionemi być mogą. Autor przemawia następnie za obowiązkowem lekarskiem badaniem mamek i kończy podaniem ustawy złożonej z 13 paragrafów, która w ogólności zdołałaby zabezpieczyć od groźnego niebezpieczeństwa i zasługuje na uwagę władz lekarskich.

○ Długotrwająca epidemija *Dermatomycosis tonsurans* w Berlinie. Od 3ch czy 4ch lat trwa w Berlinie epidemija *Dermatomycosis tonsurans*, (której najcięższą postacią *Sycosis parasitaria*). W klinice chorób skórnych Köbnera przypadki tej choroby, w małej tylko liczbie u kobiet i dzieci, wynosiły 8·7% wszelkich chorych skórnych. Cechowi balwierskiemu zapytującemu go o radę, doradził Köbner wyparzenia brzytew i pędzli, używania odrębnych dla każdego dającego się golić pędzli i puszków do pudru, jak również czystego ręcznika, a nadto wydalania każdego podejrzanym wyrzutem dotkniętego z balwierni i odesłania go do lekarza. Rady te nie znalazły powszechnego zastosowania, dla tego nie wpłynęły na zmniejszenie się liczby przypadków chorobowych przynajmniej w poliklinice. Celem zbadania skuteczności niektórych środków pasorzytobójczych poddawano czyste hodowle *Trichophyton tonsurans* na Agar-agar wpływowi takich środków (10% spirytus pyrogalusowy, 15% maść naftalowa, 10% i 5% spirytus salicylowy) przez 3—4 godzin, a potem szczepiono je na skórze lub na agar-agar. Na skórze tylko próba poddana wpływowi 10% spirytusu salicylowego dała dodatni wynik, rozwinęła się typowo *Sycosis parasitaria* na piersiach. Robiono dalej próby z 10% maścią chryzorabinową i 4% olejem karbolowym. W trzecim szeregu doświadczeń wystawiano czyste hodowle na wpływ ¼% wodnego rozczynu sublimatu przez 10 minut, a także na wpływ wyżej wymienionych środków przez czas dłuższy. Wpływowi sublimatu poddane kawałki nie sprawiały na agar-agar bujania grzybków a wpływowi 10% spirytusu salicylowego bujania *trichophyton*, ale rozwijały się różne inne drobnotwory. Z doświadczeniami w praktyce zgadzały się wyniki doświadczalne jedynie co do sublimatu, bo rozczynami ¼—1% udawało się zawsze opanować przynajmniej powierzchowne cierpienia. Bardzo skutecznemi okazały się też pędzlowania olejem terpentynowym czyszczonym, występowały jednak po nich silne objawy zadrażnienia. Resorcyn był bez skutku. Skutek wszystkich używanych środków polega na odłuszczaniu przyskórka z znajdującemi się w nim grzybkami. Do przyspieszenia wessania nacieków przy *Sycosis parasitaria* okazały się skutecznemi okłady hydropatyczne lub okłady z 4% olejem karbolowym. Koniecznem wreszcie jest wyrywanie włosów; golenia zaś należałoby zakazać, bo ono sprzyja tylko szerzeniu się mykozy. *(Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr.* 1887, Nr. 9).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37·0. Z błonicy i dławca umarło 5 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (2 z. t.); z gruźlicy 14 (12 z. t.); z zapalenia płuc 8 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 3 duru brzusznego, 3 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 7, w Wiedniu 5, w Budapeszcie 9, w Pradze 5, w Rzymie 12, w Paryżu 10, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło we Lwowie 3, w Drohobyczu 2, w Kołomyi 1, w Czerniowcach, Warszawie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 27, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Kołomyi, w Stanisławowie 1, w Mnichowie 18, w Wiedniu 12, w Paryżu 71, w Londynie 95, w Stokholmie 10. Z płonicy umarło w w Londynie 17, w Petersburgu 16.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,2; we Lwowie 39,2; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 30,2; w Kołomyi 34,1; w Przemyślu 41,1; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 36,2; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 29,0; w Warszawie 23.3; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 34,1; w Salcburgu 42,6; w Gracu 36,7; w Tryjeście 27,5; w Insbruku 35,1; w Pradze 38,4; w Bernie 43,0; w Ołomuńcu 43,5; w Opawie 28,2; w Berlinie 21,7; we Wrocławiu 30,7; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 25,2; w Hamburgu 25,5; w Kolonii 25,9; w Lipsku 19,1; w Mnichowie 32,1; w Amsterdamie 24,0; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 38,0; w Chrystyjanii 16,7; w Kopenhadze 19,0; w Londynie 18,9; w Odesie 23,6; w Paryżu 28,1; w Petersburgu 33,6; w Rzymie 31,4; w Stokholmie 22,5, w Wenecyi 30,0.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. Po zamknięciu Nru przeszłego otrzymano w Krakowie telegraficzną wiadomość o śmierci Billrotha; na szczęście w sobotę wiadomość tę odwołano. Dowiedzieliśmy się wtedy, że znakomity chirurg wiedeński od kilkunastu dni jest chorym, że cierpi zapalenie płuc, które w piątek d. 20 bm. istotnie stało się tak groźnem, że obawiano się śmierci bliskiej. Tymczasem w sobotę nastąpiło lekkie polepszenie, które odtąd ciągle, acz zwolna, postępowało, tak że według ostatnich wiadomości jest nadzieja, że zasłużony profesor, liczący dopiero lat 58, zdrowie odzyska.

* Dr. Soudermayer, operator kliniki chirurgicznej, praktykować będzie w bieżącym sezonie w Iwoniczu.

* Dr. Jugendfein, wychowaniec naszego uniwersytetu, osiadł jako lekarz zdrojowy w Karlsbrunn na Szląsku austryjackim.

* W miasteczku wschodniéj Galicyi ma być obsadzoną posada lekarza miejskiego. Dochody stałe wynoszą około 1000 złr.; bliższych wyjaśnień udziela Dr. Schaitter w Krakowie.

* **Lwów.** Dowiadujemy się z *Przewodnika gimnast.*, że dzięki usiłowaniom Wydziału filozoficznego wykładaną będzie począwszy od półrocza zimowego w Uniwersytecie lwowskim higijena, przedewszystkiém dla kandydatów stanu nauczycielskiego. Wykładać będzie Dr. J. Merunowicz, lekarz powiatowy i sekretarz bióra sanitarnego w Namiestnictwie, b. asystent kliniki lekarskiéj krakowskiéj i autor licznych prac w dziedzinie fizyjologii i medycyny wewnętrznéj, a stosunki zdrowotne kraju naszego z własnego doświadczenia dobrze znający. Uniwersytetowi lwowskiemu tak inicyjatywy w tym kierunku, jakotéż pozyskania tak dzielnego nauczyciela powinszować tylko możemy.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 450.

○ **Warszawa.** W dniu 21 b. m. otwartą została Wystawa higijeniczna, któréj otwarcie według pierwotnego planu miało nastąpić 15 bm. Wszystkie dzienniki zamieszczają opisy jéj dowodzące, że powiodła się tak, iż nawet sfery zamiarowi urządzenia jéj nieprzychylne albo dla niego obojętne, muszą teraz uznać zasługę jéj inicyjatorów i twórców, za których głównie uznać wypada Dra. L. Polaka i inżynijera Grotowskiego. Wystawa trwać ma do 1 lipca r. b.

* **Paryż.** Na mocy dekretu Ministra handlu i przemysłu zakład Pasteura uznany został za publiczny a Pasteur mianowany dożywotnim jego dyrektorem. Rada Stanu wyznaczyła nadto dla zakładu tego wydział administracyjny, złożony z 11 członków.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Proff. Westphal i Henoch z powodu słabości otrzymali urlop przez lato. — **Giessen.** Katedrę położnictwa otrzymał asystent prof. Schrödera Dr. Hofmeier z Berlina. — **Insbruk.** Kliniką położniczą po przeniesieniu prof. Schauty do Pragi kieruje zastępczo asystent jego Dr. Torggler. — **Budapeszt.** Docenci prywatni Jendrassik (dla neuropatologii) i Moravcsik (dla psychijatryi) otrzymali potwierdzenie Ministerstwa. — **Charków.** Prof. med. sądowéj Anrep porzucił swoją katedrę i przyjął posadę sekretarza Rady lekarskiéj w Petersburgu. — **Petersburg.** Dr. Sigrist habilitował się jako docent medycyny wewn. w Akademii wojskowo lek.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Grzegórz Jarosław Turzański, rodem ze Lwowa, Jakób Maurycy Bendel rodem ze Lwowa i Tomasz Wojnarski z Pobiednika w Król. Pol.

* **Nekrologija.** W Edymburgu umarł profesor fizyjologii Eben-Watson. — W Paryżu umarł b. dziekan Wydziału prof. Vulpian w 61 roku życia skutkiem zarażenia się przy sekcyi. Urodzony w r. 1826, mianowany w r. 1867 prof. anatomii patologicznéj, w r. 1872 patologii doświadczalnéj, w r. 1875 dziekanem Wydziału, a w r. 1876 członkiem Akademii.

W Pradze czeskiéj umarł prof. Józef Hamernik. Urodzony d. 18 sierpnia 1810 r., był w r. 1841 sekundaryjuszem Oppolzera w prażskim szpitalu powszechnym, w r. 1845 prymaryjuszem, a w r. 1849 profesorem zwyczajnym kliniki lekarskiéj w Pradze; w r. 1853 z posady téj usunięty przez ministra Thuna żył w Pradze jako lekarz praktyczny. Liczne są jego prace fizyjologiczne i kliniczne.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 21: Ołtuszewski: Połowiczny zupełny paraliż krtani powikłany paraliżem nn. mózgowych; Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci (dok.); Zawisza: Przypadek długotrwałéj gorączki o typie przepuszczającym.

Redakcyja otrzymała:

C. k. Zakład wodoleczniczy w Krynicy. Sprawozdanie za rok 1886 i opis Zakładu przez Dra H. EBERSA, in 8vo, 6.

Sprostowanie. Na str. 275 w. 14 zamiast Mather ma być Mathis, str. 276, 1, w. 24 zam. Felinga ma być Tilinga, str. 277, 1, w. 17 zam. Blandlot ma być Blondlot.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 405. **KONKURS.**

Gmina król. woln. miasta Mikołajowa w powiecie Żydaczowskim rozpisuje niniejszém konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w któréjto miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego.

Z tą posadą, która nadaną zostanie prowizorycznie, połączona jest płaca rocznych 600 złr. a. w., tudzież dochody z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego. Pp. Drowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj do 25 Czerwca 1887.

W Mikołajowie dnia 19 Maja 1887.

Mielkiewicz.

KONKURS.

Posada lekarza gminnego z płacą roczną 800 złr., oprócz należytości za oględziny umarłych, bydła i mięsa jest do obsadzenia. Miejscowość liczy 7.000 dusz. Znajomość języka kroackiego niewymagana. Bliższych wiadomości udziela E. Koszałek aptekarz w Virje w Kroacyi.

KONKURS

w celu objęcia posady lekarza miejskiego z rocznym dochodem 250 złr. do 300 złr. rozpisuje gmina miasta Ottynii. O posadę ubiegać się mogą doktorowie medycyny do dnia 1go czerwca 1887.

Ottynia dnia 1 kwietnia 1887. Zwierzchność gminna

Oleynik, W. gm.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 4 Czerwca 1887. Nr. 23.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Pozwólcie mi Sz. P. [1]) w końcu dorzucić kilka uwag ogólnych do zagadnień o zaciśnięciu jelit. Co sądzę o użyciu pompy żołądkowéj, wypowiedziałem już przy opisie pierwszego mego przypadku. Mówiono dopieroco, jak najłatwiéj odszukać można miejsce zaciśnięte i tu, przeciwnie jak Madelung, zalecałbym postępowanie Hulkego (zob. Treves, *Darmocclusion* str. 458), które także Mikulicz jako najlepsze uważa, mianowicie jeżeli badanie rozpoczynamy od miejsca poniżéj zaciśnięcia, a więc na części jelit niewzdętéj. W obec zaciśnięcia w częściach dolnych jelit napotkamy niewypełnione jelita w okolicy kiszki ślepej; jeżeli zamknięcie w górnych częściach się znajduje, wówczas zwieszają się próżne jelita ku miednicy. Zbadać wpierw niewzdętą część jelit zaleca się z tego względu, że łatwiéj jest dostępną, ucisk palca mniéj drażni i mniéj szkodzi niż na wzdętych i zapalonych często jelitach i wreszcie łatwiéj unikamy niebezpieczeństwa naddarcia, albo rozerwania jelita. W 4tym np. moim przypadku udało mi się przez taki sposób badania znaleźć przeszkodę, mimo znacznego wzdęcia jelit. Zarzut Madelunga, że tym sposobem łatwo przeoczyć można drugą i trzecią przeszkodę, w razie jeżeli istnieje, nie jest usprawiedliwiony. Niebezpieczeństwo to nie jest większe, niż przy innych sposobach. Potrzeba tylko pamiętać, że może jeszcze istnieć druga i trzecia przeszkoda; o tém chętnie zapominamy, jeżeli znaleźliśmy i usunęliśmy już jednę przeszkodę. O wyłożeniu z jamy brzusznéj przez szerokie nacięcie wszystkich jelit odrazu, jak Kümmel zaleca, nie mam żadnego doświadczenia. Teoretycznie podnoszę przeciw temu postępowaniu te same wątpliwości, jakie i Madelungowi się nasunęły. Niebezpieczeństwo zapadu zdaje się być wielkie, a trudności odprowadzenia jelit niemałe. Ostatnia okoliczność nasuwa nam znowu pytanie, jak poprowadzić cięcie brzuszne i jak usunąć trudności w odprowadzeniu jelit, jeżeli są mocno wzdęte. W moich przypadkach nie robiłem nigdy zbyt wielkiego cięcia i starałem się z góry przytrzymać jelita w jamie brzusznéj. Ztąd nie napotkałem nigdy wielkiéj trudności w odprowadzaniu jelit. Zdaje się wprawdzie, jakoby przez to trudniéj było odszukać przeszkodę. Lecz można trudności te ominąć. Jeżeli jelita były bardzo wzdęte, nie wahałem się naciąć w jedném lub kilku miejscach jelito, aby miejsce do badania znaleźć. Przytém również jak Madelung nie nakłuwałem igłą jelita, bo to nietylko uważam za bezskuteczne, lecz nawet za szkodliwe. Bezskuteczne dla tego, ponieważ drobne światło igiełki prawie natychmiast zatyka się kałem i małoco treści z jelita się wydobywa, a szkodliwe, bo przez otworek od nakłucia, chociaż mały, wycisnąć się mogą cząstki kału do jamy brzusznéj po wyciągnięciu igły. Zdaje mi się jednak, że otworu nacięcia nie robię tak wielkiego jak Madelung. Zanieczyszczenia otrzewny lub pola operacyjnego przez wydobywający się z nacięcia kał unikałem przez wyciągnięcie z jamy brzusznéj pętli jak najdaléj i ułożenie na boku po za raną brzuszną; ranę pokrywałem tymczasem kompresą z gazy sublimatowéj. Nakłócie robię krótkie i odchylam zarazem dolny brzeg rany nożem ku dołowi; wówczas wypływa treść jelita spokojnie w podstawione naczynie i nie bryzga na strony. Skoro już więcéj kału się nie wydobywa, zamykam ranę szwem Czernego lub Lemberta; nadarcia w miejscu szwu nie nadarzyły mi się nigdy. Możnatéż bez wątpienia, jak Madelung radzi, dla pewności użyć tymczasowego od-

[1]) W części téj opracowanéj ostatecznie już po Zjeździe chirurgów w Berlinie biorę wzgląd na odczyt Madelunga tamże wygłoszony.

wiązania części jelita nakłutéj, jak długo około jelit pracujemy.

W ostatnim czasie starał się Czerny i inni znacznie ścieśnić granice wskazania do laparotomii w przypadkach wewnętrznego zaciśnięcia jelit i to słusznie. Lecz zdaje mi się, że Czerny za daleko sięga żądając, aby tylko wtedy podejmować laparotomiję, gdy siły chorego jeszcze nie są wyczerpane, brzuch jeszcze miękki i jeżeli przez macanie w znieczuleniu miejsce zaciśnięte z jaką taką pewnością oznaczyć możemy; w ówczas cięcie brzuszne w têm miejscu wykonać trzeba. Sz. P.! Jeżeli tylko w tych razach wolnoby było robić laparotomiję, to jak Madelung dopiero orzekł, rzadko kiedy albo prawie nigdy nie moglibyśmy jéj wykonać i musielibyśmy prawie zawsze zrobić enterostomiję. Zdaje mi się, że także i Madelung większym jest zwolennikiem téj ostatniéj operacyi, niż ja. Żałuję mocno, że nie podał nam swego kazuistycznego materyjału; zwłaszcza chętnie byłbym się dowiedział, czy w tym przypadku, którego rysunek widzieliśmy, enterostomiję wykonano bez szerokiego otwarcia brzucha i jaki był dalszy jéj przebieg. Wątpić przecież nie można, że enterostomija nie usuwa przyczyny zamknięcia; przez nią usuwamy tylko chwilowy objaw najbardziéj w oczy bijący i najdokuczliwszy choremu, tj. wymioty kałowe. Niebezpieczeństwo pierwotne atoli pozostaje w główněj części i nadal. Tak np. we wszystkich przypadkach silniejszego zaciśnięcia jelita przez taśmy lub zadzierzgnięcia w otworach nieprawidłowych trwa po enterostomii ucisk w miejscu zaciśniętém daléj i może nastąpić zgorzel ściany jelita ze śmiertelném zejściem; w tych razach enterostomija nie więcéj jest wskazana, niż w obec zwyczajnéj uwięzniętéj przepukliny. Podobnie i przy ostrych skręceniach i mocnych węzłach ucisk po enterostomii nie ustaje i grozi śmiercią przez zgorzel. Nielepiéj rokować można po téj operacyi w szybko rozwijającém się wgłobieniu. Przyznaję, że pod wpływem złych wyników laparotomii niechętnie się do niéj przystępuje i pole jéj coraz bardziéj zacieśnia. Takie zwłaszcza przypadki odbierają do niéj ochotę, w których nie uda się odprowadzić wzdętych a wyłożonych jelit do jamy brzusznéj, lub w których, mimo troskliwych poszukiwań, nie znajdzie się miejsca przeszkody. W jaki sposób te niedogodności usunąć można, staraliśmy się wspomnieć powyżéj. Spodziewać się též trzeba, że doświadczeniem pouczeni coraz pewniéj i szybciéj znajdować będziemy przeszkody i zwalczymy inne trudności.

Co do cięcia, to wydaje mi się cięcie w smudze białéj w przeważnéj liczbie przypadków być najodpowiedniejszém, mianowicie w tych razach, w których miejsce zaciśnięcia nie jest dokładnie wiadome.

Zapewne pozostanie zawsze wielka liczba przypadków, w których odbyt nieprawidłowy założyć będzie trzeba. Zaliczyłbym do nich te, w których jelito przez guzy niezupełnie jest zaciśnięte i w których enterostomija często znosi niebezpieczeństwo chwilowe i umożebnia późniejsze wycięcie chorego jelita. Także i wtenczas enterostomija jest wskazaną, jeżeli skręcone nawpół jelito niewiele jest w odżywianiu zagrożone, lub jeżeli po opróżnieniu jelit są pewne widoki do samowolnego odkręcenia się jelita. Bezwarunkowo przeznaczamy dla enterostomii te przypadki, w których chorego otrzymujemy bardzo późno i już bardzo osłabionego; czy i przez enterostomiję wówczas jeszcze życie chorego utrzymać zdołamy, jest rzeczą wątpliwą. Dla tego zdaje mi się na czasie zanieść usilną prośbę do Kolegów zajmujących się wewnętrznemi chorobami, aby nam chorych z wewnętrzném zadzierzgnięciem jelita, podobnie jak chorych z uwięźniętą przepukliną, rychło przysyłali bez tracenia czasu na lawatywy lub wypompowania żołądka. Wiem, że mi odpowiedzą, iż wielka część takich chorych bez operacyi się wyleczy i że słusznie więc dłużéj ich u siebie zatrzymują. Byłoby to bardzo wdzięczne i pouczające zadanie zestawić przypadki zadzierzgnięcia jelit wewnętrznego, wyleczone środkami wewnętrznemi i to z kilkunastu zakładów leczniczych i obliczyć ich stosunek do chorych zmarłych, lub wyleczonych drogą operacyjną. Wiadomo przecież, że inaczéj łatwo przecenia się wyniki leczenia, gdyż każdemu szczęśliwie zeszłe przypadki łatwiéj utkwią w pamięci, niż inne; leży to już w naturze człowieka i dzieje się całkiem bezwiednie. Wyzdrowienie takiego chorego sprawia zadowolenie i wpaja przekonanie, że nasze środki i działania zwycięztwo odniosły.

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21)

Dla obudzenia już przyzwyczajonego hypnotyka zwykle wystarcza jedno lub dwa dmuchnięcia lekkie w twarz, lub wprost rozkaz, aby się obudził. Tu zauważyć muszę, że podmuchiwanie nie posiada żadnego specyjalnego wpływu pod tym względem, albowiem przez dmuchanie w oczy udawało mi się wywoływać stan hypnotyczny; pierwszy raz stało się to zupełnie przypadkowo. Nie mogąc uśpić pewnéj osoby, która o hypnotyzmie nie miała najmniejszego wyobrażenia, przez patrzenie na kulkę, zastósowałem pasy i wykonywając takowe przez zapomnienie dmuchnąłem kilka razy w twarz, jednocześnie z têm zamknęły się powieki i osoba ta zasnęła. Potém powtórzyłem to samo doświadczenie kilka razy i zawsze otrzymywałem ten sam skutek.

W ogóle można powiedzieć, że i obudzenie hypnotyków można również nawiązać do najrozmaitszych okoliczności, np. można zapowiedzieć uśpionemu, że w takim lub innym czasie w tych lub innych warunkach ma się obudzić i zwykle w oznaczonym terminie stan hypnotyczny ustępuje. Dmuchanie w twarz jest właśnie jednym z takich warunków i hypnotyk już z góry wie, iż przy têm ma się obudzić.

U osób zupełnie zdrowych po obudzeniu się zwykle nie bywa żadnych złych następstw, czasem tylko przez pewien czas lekki ból głowy, bóle w odnogach, zawrót głowy, lecz u osób nerwowych, histerycznych mogą wystąpić rozmaite napady, czasem nawet dość groźne, którym zresztą, jak to z dalszego opisu można będzie widzieć, można do pewnego stopnia zapobiedz przez poddawanie.

Jeśli sen jest dość głęboki, to hypnotyk może być z tego spokoju wyprowadzony najczęściéj tylko przez samego hypnotyzera. Hypnotyk słyszy i odpowiada tylko jemu i jego tylko rozkazom jest posłuszny. Na inne przy doświadczeniu obecne osoby zwykle nie zwraca najmniejszéj uwagi i jeżeli one zbliżają się do niego, to czasem nawet się usuwa. Ten stosunek hypnotyka do hypnotyzera objawia się nietylko przez zmysł słuchu, lecz i przez wszystkie inne zmysły. Wyćwiczeni hypnotycy odczuwają najmniejszy ruch hypnotyzera, poznają jego pasy z odległości nawet z tyłu wykonywane i odróżniają je od pasów obcych osób, jakto stwierdził Beaunis, i są zupełnie zależni od woli hypnotyzera. Stosunek z inną osobą również może powstać, lecz tylko na rozkaz hypnoty-

zera; u wyćwiczonych hypnotyków do tego zresztą wystarcza najmniejszy objaw ze strony hypnotyzera, np. dotknięcie się innéj osoby. Zjawisko to nie jest bynajmniéj cechą charakterystyczną dla stanu hypnotycznego, jakkolwiek na nią zwracają uwagę tak fizyjologowie, którzy się tą kwestyją zajmowali, jak i magnetyzerowie. Ci ostatni upatrują w niém nawet pewien materyjalny wpływ na osobę zahypnotyzowaną, uważają je za jedyną cechę, która ma odróżniać stan hypnotyczny od stanu magnetycznego, jak to np. twierdzi w ostatniém swojém dziele *De la Suggestion mentale* Ochorowicz i niektórzy inni nasi ziomkowie. Że stosunek hypnotyka do hypnotyzera nie przedstawia jakiéjś cechy zasadniczéj, specyficznéj stanu hypnotycznego, o tém świadczy sama historyja magnetyzmu; tak Mesmer jak i jego bezpośredni uczniowie zjawiska tego nie znali i o niém nigdy nie wspominali. Carpenter [27]) także świadczy, że podczas pierwszych doświadczeń hypnotycznych tego zjawiska nie obserwowano, a i w późniejszych spostrzegano je nie u wszystkich hypnotyków. Zjawiska tego nie obserwowałem i ja podczas doświadczeń w Petersburgu, które po części wykonywałem sam, po części zaś byłem świadkiem, gdy je wykonywali inni. Z początku nie u wszystkich osób obserwowałem je także i podczas doświadczeń w Krakowie. Prócz tego udało mi się stwierdzić, że hypnotyk może dowolnie wybrać osobę, z którą zostaje w stosunku, pomimo, iż ja sam go usypiam. Podczas usypiania samowolnego jednego z hypnotyków w pierwszéj chwili w ogóle nie mogłem nawet określić, z kim jest w stosunku i kilka osób po kolei musiało przemawiać, aby nareszcie odszukać tę osobę. Zjawisko to jest więc wywołane, podobnie jak i cały szereg innych w skutek poddawania lub samopoddawania. Na ten szczegół zwrócił już uwagę Carpenter w *Mentale physiologie* i tłumaczy to w ten sposób, że osoba hypnotyzowana jest już najczęściéj uprzedzona o szczególnym indywidualnym wpływie, jaki ma wywrzeć na nią hypnotyzer, usypia więc myśląc o nim i dla tego pozostaje z nim w stosunku; w podobny sposób tłumaczą powstanie stosunku Noizet, Bertrand, Liébeault i Beaunis, który jednak pod tym względem nie wyraża się jasno. U jednego z moich hypnotyków można stwierdzić, że stosunek wytwarza się rzeczywiście w ten sposób: jeśli hypnotyk usypiając myśli o pewnéj osobie, to uśpiony nawet przezemnie zostaje w stosunku tylko z tą osobą.

Zjawisko to jest analogiczne do znanego wszystkim faktu, który można obserwować nawet podczas snu zwyczajnego; tak matki bardzo często śpiąc przy kolebce dziecka nie budzą się nawet przy bardzo silnych stukach lub szumach a jednocześnie słyszą najlżejsze poruszenia dziecka.

W każdym razie stanowczo można twierdzić, że „stosunek“ nie zależy od żadnego fizycznego wpływu hypnotyzera na hypnotyka, ale zależy wprost od tego ostatniego, który, jeśli zechce, może nie być z nikim w stosunku.

Jakkolwiek osoba zahypnotyzowana na pierwszy rzut oka nie przedstawia widocznych zmian, to jednak w rzeczywistości w samym organizmie zmiany są bardzo wybitne. Widzieliśmy już wyżéj, że w głębokim śnie i w somnambulizmie świadomość nie istnieje wcale, czucie skóry u osób, które przedstawiają pierwsze kategoryje snu, jest wprawdzie zachowane, lecz u osób zostających w głębokim śnie lub somnambulizmie jest również znacznie zmniejszone lub zupełnie nie stnieje. Występuje analgezyja zupełna, tak że można przekłóć fałd skóry lub zrobić nacięcie, przyczém hypnotyk zachowuje się zupełnie obojętnie; również znosi spokojnie łaskotanie lub łechtanie najczulszych miejsc skóry lub błony śluzowéj. Wszystkie zmysły są jak gdyby zamknięte; hypnotyk nic nie widzi, nie słyszy, nie czuje zapachu ani smaku i oddziaływa za pośrednictwem zmysłów tylko na żądanie hypnotyzera, jeśli istnieje stosunek. W stanie somnambulicznym charakter tych zmian jest niekiedy inny i nigdy z góry nie daje się określić; czułość tego lub innego zmysłu może być zaostrzona lub przytępiona. Jakkolwiek każdy hypnotyzowany przedstawia indywidualne cechy, staje się jednak, jak to dokładnie charakteryzuje Bernheim, automatem zależnym w zupełności od woli obcéj, staje się machiną odpowiadającą na każde zapytanie hypnotyzera tak, jak jest w stanie, jak je pojmuje, jak je sobie tłumaczy. Staje się w ręku hypnotyzera manekinem, któremu można nadać najrozmaitsze pozycyje. Stan psychiczny jest tego rodzaju, że każda myśl wypowiedziana przez hypnotyzera a niekiedy i inne osoby odbija się w mózgu. Każda pozycyja nadana temu lub innemu członkowi utrzymuje się, mózg hypnotyka przyjmuje ją jako rozkaz. Brak najmniejszéj własnéj inicyjatywy jest przyczyną, że nadanego stanu hypnotyk zmodyfikować nie może. Pomimo pozornéj inercyi wrażliwość mózgu jest tak wielką, że każde słowo, każdy ruch hypnotyzera wywołuje odpowiednie wyobrażenie, a to z kolei odpowiedni ruch, hypnotyk jak echo powtarza każde słowo hypnotyzera, wykonywa te same ruchy, choć mniéj dokładnie, raz wprawiony w ruch nie jest w stanie się powstrzymać i w skutek tego biega za hypnotyzerem, jakby przyciągany przez niego; jeśli wprawia się w ruch jedne rękę koło drugiéj, to porusza w sposób wskazany bez przerwy itd. W skutek téj wrażliwości mózgu można u hypnotyka wywoływać najrozmaitsze iluzyje i halucynacyje; jedząc cukier może twierdzić, że ma chinin i odpowiedni temu przyjąć wyraz twarzy, pijąc wodę, że pije ocet; może być głuchy i niemy, grać, tańczyć lub rozmawiać przy zamkniętych lub otwartych oczach, zmieniać swoją osobowość, przytém stósownie do nowéj osobowości stósować się do charakteru nowéj osoby; tak panna może się uważać za generała i przybrać odpowiednią postawę, może stawać się przedmiotem nieżyjącym, drzewem lub kamieniem, kanapą lub krzesłem. Wszystkie te halucynacyje podług Maudsleya są podobne do widzeń sennych, w których również można siebie widzieć w najrozmaitszych stanach. Największa sprzeczność nie razi hypnotyka, można mu poddać, że nie ma głowy i mimo to może widzieć to, co mu każe widzieć hypnotyzer, nie dziwiąc się bynajmniéj temu, że widzi pomimo braku głowy. Obok tych zjawisk występują różne zmiany w czynnościach fizyjologicznych rozmaitych narządów, w czynności serca, naczyń krwionośnych, oddychania itp., które najprawdopodobniéj zależą od wywołanych wyobrażeń. Ta wrażliwość hypnotyka na poddawanie dowolne lub mimowolne hypnotyzera a nawet innych osób i zależność rozmaitych czynności fizyjologicznych od wyobrażeń, które powstają u hypnotyka, jest główną przyczyną, która utrudnia zbadanie dokładne stanu hypnotycznego, albowiem prawie nigdy nie można być pewnym, czy obserwowane zjawisko nie jest skutkiem mimowolnego poddania. Ztąd powstał szereg badań, w których obserwowano same zjawiska poddane i uważano je jako zjawiska samoistne charakterystyczne dla stanu hypnotycznego. Można stanowczo wykazać, że zmiany, które ma wywoływać magnes, metal, polaryzacyja psychiczna są tylko zjawiskami poddanemi.

Oprócz poddawania, jako źródło błędów przy spostrzeżeniach hypnotycznych służą także i inne warunki, mianowicie samopoddawanie, wpływ wychowania hypnotycznego

i wpływ naśladowania w stanie hypnotycznym. Najsamprzód tedy rozpatrzmy kwestyję samopoddawania.

Jakkolwiek w literaturze hypnotycznéj można znaleźć liczne dowody, że nietylko hypnotycy mogą usypiać siebie, lecz że również mogą poddawać sobie różne czynności i halucynacyje, to jednak dotychczas nie znalazłem badań specyjalnie w tym celu przedsięwziętych. Liébeault [28]) przytacza przypadek dotyczący pewnego głuchoniemego, który nietylko sam mógł usnąć snem hypnotycznym, lecz i poddawał sobie rozmaite halucynacyje. Podobne przykłady samohypnotyzowania się podają Bourneville i Regnar. Erb podaje w *Handbuch der Krankheiten des Nervensystems* przykłady powstawania porażeń i chorób nerwowych w skutek imaginacyi.

Ze względu na zasadniczą ważność téj kwestyi postanowiłem przeprowadzić specyjalne w tym celu doświadczenia. Stwierdzenie do pewnego stopnia wpływu samopoddawania napotkałem już podczas pierwszych doświadczeń w Krakowie. Nietylko stan każdego z hypnotyzowanych młodzieńców różnił się od stanu innych, lecz co zwróciło moją uwagę, że zachowanie się ich w stanie hypnotycznym do pewnego stopnia odpowiadało tym zapatrywaniom, jakie przedtém wypowiadali na zjawiska hypnotyczne. Tak M. sam hypnotyzuje, przyznaje wpływ hypnotyzera na hypnotyzowaną osobę, nazywa hypnotyzm magnetyzmem zwierzęcym, jest obznajomiony z poglądami Ochorowicza. Już przed uśpieniem po przystawieniu magnesu czuje pewne prądy, odrętwienie w całéj skórze, przysuwa rękę do magnesu i dowodzi, że go przyciąga; w stanie hypnotycznym toż samo. Późniejsze doświadczenia wykazały, że podobneż uczucie przyciągania tak w stanie czuwania jak i w stanie hypnotycznym wywołuje kawał drzewa o barwie stali, kształtu używanego przy doświadczeniach magnesu, a pewnego razu nawet książka przykryta chustką wywołała te same objawy, jakie zwykle wywoływał magnes.

Pan W. zajmuje się odgadywaniem myśli, t. j. właściwie rzeczy cechowanych, kart pomyślanych itp. Doświadczenia przed zahypnotyzowaniem wykazały, że téj zdolności wcale nie posiada. Interesuje się hypnotyzmem, wie o tém, że we śnie hypnotycznym zostające osoby mogą roznawiać, że mogą zgadywać myśli hypnotyzera, że w stanie tym można wywoływać tężec. Uśpiony wpada w stan somnambuliczny, po kilku minutach naśladuje każdy mój ruch, powtarza moje słowa, na zapytania odpowiada, posiada zdolność widzenia przy zamkniętych oczach (o tém téż wiedział), jest w ogóle niespokojny, najmniejsze dotknięcie się go wywołuje tężec ręki lub nogi, przedstawia zjawiska kataleptyczne, ścisły stosunek istnieje tylko ze mną, innych osób nie znosi, odpycha lub sam się odsuwa itp., jedném słowem, wykonywa wszystko jak dobrze wyćwiczony hypnotyk. Nareszcie trzeci p. K. bardzo mało ma wiadomości o zjawiskach hypnotycznych i jak można było sądzić z rozmowy, mało one go obchodziły. Ten podobnie jak i pierwsi usnął także łatwo patrząc na kuleczkę szklaną napełnioną rtęcią. Podczas pierwszych doświadczeń nie przedstawiał wyraźnego stosunku ze mną, inne osoby mogły go obudzić, nie przedstawiał również katalepsyi, ani tężca w takim stopniu, jak to zwykle się otrzymuje. Na działanie magnesu był zupełnie nieczuły. Każda z wymienionych osób była usypianą osobno a nawet innego dnia, tak że żadna przy pierwszych doświadczeniach nie wiedziała o objawach, jakie przedstawiali inni. U dwóch więc pierwszych osób pewne objawy we śnie hypnotycznym zupełnie odpowiadały zapatrywaniom hypnotyków na nie w stanie czuwania. Dla przeprowadzenia dalszych w tym kierunku doświadczeń starałem się nasamprzód znaleźć osobę, któraby mogła sama usnąć, bez udziału innych osób. Jako taka pożądana osobistość przedstawił mi się p. K. Ten usypiał sam nasamprzód tylko w mojéj obecności, lecz przy tém myślał o mnie i wyobrażał sobie, iż ja rozkazuję zasnąć; po niejakim czasie nabył zdolności usypiania siebie i w mojéj nieobecności i nawet bez mojéj wiedzy. Z dalszych doświadczeń okazało się, że p. K. nietylko może siebie usypiać, lecz że jeżeli przed uśpieniem zamyśla wykonać w stanie hypnotycznym lub pohypnotycznym pewną czynność, mieć pewne halucynacyje lub złudzenia, po uśpieniu w stanie hypnotycznym lub w oznaczonym czasie po obudzeniu się w stanie pohypnotycznym czynność tę wykonywał z taką samą ścisłością, z jaką zwykle wykonywał poddawane przezemnie czynności; halucynacyje i złudzenia bywały tak samo wyraźne, jak przy poddawaniu. Stan, w jakim się znajdował podczas wykonywania tych samopoddanych czynności był również ten sam, w jakim zwykle wykonywał poddane przezemnie czynności, jeżeli takowe musiał wykonywać nie w stanie hypnotycznym, lecz pohypnotycznym. Jakkolwiek w niektórych doświadczeniach nie wiedziałem, co zamierzano wykonać, lecz ponieważ byłem obecny, dla uniknięcia więc zarzutu, że doświadczenia te można uważać za proste poddawania w stanie czuwania lub za poddawanie myślą, postanowiłem wykonać doświadczenie w taki sposób, iżby wpływ mojéj osoby był zupełnie wykluczonym i hypnotyk nawet nie przypuszczał, że z mojéj inicyjatywy doświadczenie podjęto. Na propozycyję pana B., który nie miał żadnego wpływu na K., t. j. nie mógł go ani usypiać, ani mu w stanie hypnotycznym poddawać, ten ostatni zamyślił wykonać pewną czynność po pierwszém przebudzeniu się ze snu hypnotycznego, w który sam popadał a był obudzony przez B. Doświadczenia te wykonane w mojéj nieobecności i nawet bez mojéj wiedzy również się udały najzupełniéj. (C. d. n.)

III. Przypadek plamicy krwotocznéj Werlhofa piorunującéj.

Opisał Dr. Stanisław Peszyński
w Machnówce gub. Kijowskiéj.

Od czasów Werlhofa (1775), t. j. od stu lat przeszło, spostrzegano i opisywano nie mało przypadków téj sprawy chorobowéj, pomimo to ani drobnowidowe badania, ani rozbiór chemiczny nie wykryły dotychczas rzeczywistéj istoty téj choroby, ani téż zmian patologicznych, wywołujących tak gwałtowny, przerażający niemal obraz kliniczny.

Twierdzenie Wilsona, jakoby w pobliżu petoci znalazł naczynia włosowate tłuszczowo zwyrodniałe, nie zostało dotychczas ani obalonem, ani téż ściśle potwierdzoném, tylko Grainger-Stewart, utrzymując, że zwyrodnienia tłuszczowe naczyń są jedną z najczęstszych i najpospolitszych, chociaż lekceważonych dotąd, przyczyn krwotoków, popiera silnie twierdzenie Wilsona. Inni badacze jak Variot, Hayem, Legg, Stroganow, zwracali przeważnie uwagę na krew, upatrując przyczyny wybroczyn raz w występowaniu ciałek przez przepacanie *(per diapedesin)* (Variot), to znowu w zakrzepach drobnych tętniczek, wywołanych jużto nagromadzeniem i sklejeniem się masy białych ciałek (Hayem), jużto naciekami błony wewnętrznéj tętnic przez ciałka czerwone, które drogą przepacania tam się dostały (Stroganow). Następnie wykryto (Hindelang) znaczne złogi barwika w gruczołach chłonnych

i stwierdzono, że jest nim hemoglobina przeistoczona w wodnik tlenku żelaza (Kunkel).

W dyskusyi mianéj o tym przedmiocie w berl. Towarz. lek. 15 grudnia r. z. z powodu sprawozdania Henocha o dwóch przypadkach *purpurae fulmin.* (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, str. 23), wypowiadano bardzo rozmaite zdania. Bo gdy Henoch, (który przed kilku laty był zdania, że przyczyną wybroczyn i krwawień jest porażenie nerwów naczynioruchowych) wyraża przekonanie, że plamicę w ogóle nie jako jednostkę chorobową pojmować należy, lecz jako pewną krwotoczną diatezę, która się śród rozmaitych okoliczności wytworzyć może, Senator, upatrując, że w większéj części przypadków plamicę poprzedzały ostre zakaźne choroby, skłonnym jest widzieć w niéj sprawę rozkładową (*eine gewisse Disposition*). Virchow, nie przyznając Henochowi trafności w określeniu jego przypadków mianem purpury (stosowniéj M. Werlh.), powiada, że mu się zdarzało spostrzegać wielką liczbę analogicznych przypadków i że sobie przypomina, iż się zdarzały pomiędzy niemi pojedyńcze postacie, w których niewątpliwie istniały prątki znalezione w wnętrzu małych ognisk i że już Klebs zwrócił uwagę na to, że u noworodków, u których występowały maleńkie wybroczyny, co się zwykle śmiertelnie kończyło, znajdował zawsze w owych ogniskach wybroczynowych prątki. Słowem *tempora mutantur* i wraz z niemi zmieniają się poglądy na patogenezę téj sprawy, nie przynosząc bynajmniéj jéj rozwiązania.

Ponieważ miałem sposobność obserwowania jednego z najwybitniejszych może przypadków téj choroby, przeto pozwalam sobie opowiedzieć go, jako zajmujący epizod z méj praktyki.

Aptekarz J. S., kawaler, 42 lat, dość wątłéj budowy, miernie odżywiony, blondyn, nigdy dotąd ciężko nie chorował, dziedzicznéj skłonności zdaje się żadnéj nie ma. W dziecięctwie miewał nieraz obfite krwotoki z nosa, w ostatnich latach dość częste hemoroidalne krwotoki, a na rok przed opisać się mającą chorobą cierpiał moczenie krwawe, które powstało bez wszelkiéj widocznéj przyczyny i po paru dniach ustąpiło. Zaniemógł 17 stycznia, 18go skarży się na ogólny rozstrój, brak snu i łaknienia, nudności i zrzadka wymioty, ból głowy, dreszcz i lekki kaszel. Badanie płuc, serca i jamy brzusznéj dało wynik ujemny. Ciepłota zrana 37·5°C., wieczorem 39°C. 19 stycznia rano ciepł. 38·6°, zaburzenia żołądkowe po zażyciu środka przeczyszczającego złagodniały, katar nosa i oskrzeli wzmógł się, wydzielina śluzowa, szklista, odchodzi obficie, oczy bardzo czułe na światło, białkówki zaczerwienione. Na twarzy widoczna jednostajna czerwoność, gdzieniegdzie drobne plamki pąsowe; na szyi zaś i na piersiach drobno guzkowata osutka barwy czerwonéj, pojedyncze guzki, wielkości prosa i mniejsze, rozrzucone to pojedynczo, to kępkami, na tle prawidłowo zabarwionéj skóry. W płucach nieco rzężeń suchych, furczących, śledziona nieco powiększona. Nie ulegało więc żadnéj wątpliwości, że miałem do czynienia z odrą, jakkolwiek chory oświadczył mi, że ją już w dziecięctwie przebył. 20 stycznia rano ciepł. 39·0°C., tętno 100. Też same objawy nieżytu oskrzelowego, biegunka (3 razy w ciągu doby). Na twarzy guzków wyraźnych nie widać, ale przybyło ich na brzuchu, plecach i w pasie. Stan podmiotowy chorego znacznie lepszy. Wieczorem ciepł. 39·4°C., osutka sięga do kolan, ale na odnogach jest znacznie rzadszą i drobniejszą. 21 stycznia rano ciepłota 38·8°C., tętno 96. Chory czuje się jak dnia poprzedniego. Drobna i rzadka osutka wystąpiła już na goleniach i stopach. Spojówki oczne krwawo zaczerwienione. Skóra całéj twarzy mocniéj zaczerwieniona niż wczoraj i na niéj 2—3 wybroczyny wielkości ziarnka soczewicy. Na dziąsłach nieobrzękłych kilka plamek wybroczynowych, ciemno pąsowéj barwy, na tle bladoróżowéj błony śluzowéj; na podniebieniu i na łukach są rozprószone takieżże barwy plamki, niewiększe nad główkę od szpilki. Kilka blizn dawnych na ciele chorego (od cięć, oparzeń i wrzodów) przybrało ciemno-fijoletowe zabarwienie. Wydzielina nosowo-oskrzelowa zawsze śluzowa, nieco zgęstniała. O godzinie 2éj popołudniu ktoś z otaczających namówił chorego, aby wypił pół kieliszka starego węgrzyna, wkrótce potém oddał mocz krwią zabarwiony; od téj chwili domieszka krwi w moczu staje się coraz obfitszą. Wieczorem zastałem mocz gęsty, ciemno-czerwony, pozornie niczém się od krwi żylnéj nieróżniący. Na twarzy już około $1\frac{1}{2}$ tuzina wybroczyn i drobnych petoci, blizny jeszcze więcéj zciemniały. Ciepłota 37·3°C. tętno 80 dość pełne. Skarży się na tępy, gniotący ból w pasie; z tego powodu zastósowano kilkanaście baniek suchych, po których ból ustał, ale musiano przestawiać bańki co $\frac{1}{2}$—1 minuty, ponieważ pod niemi tworzyły się w okamgnieniu czarne wybroczynowe plamy.

22 stycznia rano ciepłota 37·3°C., t. 72. pełne i dość mocne. Mocz krwawy utrzymuje się, plwociny różowo zabarwione i nieco rzadsze, wypróżnienia dość częste (3—4 razy), także z domieszką krwi. Skóra twarzy zbladła, ale wybroczyn przybyło kilka dziesiątków; dziąsła także zbladły, za to plamy wybroczynowe znacznie się powiększyły, takież plamy na brzegach języka. Na całém ciele osutka znika, ustępując miejsca sińcom i petociom, na piersi i plecach skóra przybiera fijoletowo-czerwoną barwę. Plamy po bańkach zbladły, lecz po każdéj pozostało po kilka wybroczyn. Odgłos wypukowy na klatce piersiowéj wszędzie jawny, w dolnych płatach z tyłu słychać wilgotne, grubo bańkowe rzężenie. Śledziona większa niż poprzednio, dolny brzeg wątroby daje się wyczuć łatwo. Wieczorem ciepl. 37·1°C., t. 72, wybroczyn przybyło na twarzy, na piersi i brzuchu, na odnogach dużo drobnych petoci, moczenie krwią trwa wciąż jakoteż i wypróżnienia czystą krwią i skrzepami.

23 stycznia o 6éj zrana c. 37·1°C., t. 80 dość pełne. Spał źle z powodu zadyszeń i ciągłego wykrztuszania plwociny z krwią zmięszanéj, oddech 32 na minutę. Przytomność i samowiedza zupełnie zachowane. W płucach odgłos wypukowy jawny, z przodu i z tyłu słychać grubo- i średnio-bańkowe wilgotne rzężenia, tony serca czyste, wyraźne. Dolny brzeg wątroby wysuwa się na 4cm. w linii mostkowéj, śledziona większa niż dnia poprzedniego. Ton wypukowy żołądka słabo bębenkowy w górze i zupełnie tępy u dna, co pozwala przypuszczać obecność znaczniejszego wylewu krwi do żołądka, tém bardziéj że chory czuje ciągłe usposobienie do wymiotów bez żadnych nudności, ale zwymiotować nie mógł. Cały brzuch wiotki, ciastowaty, ton słabo bębenkowy. Wybroczyn coraz obficiéj i gęściéj przybywa, a na wewnętrznéj powierzchni odnóg górnych duże pąsowo-granatowe plamy, w miejscu tych plam skóra wydaje się znacznie gęstszą i twardszą. Osutki odrowéj nigdzie już znaleźć nie można. Wyżéj opisane blizny posiniały i przybrzękły (prawie podwojonych rozmiarów). Częsta potrzeba oddawania moczu i stolca, przyczém odchodzi gęsta czarna krew, bez najmniejszéj woni w ilości 30—60gr. na raz, postawszy kwadrans w odkrytém naczyniu krzepnie i ścina się, a przy ogrzewaniu

lub za dodaniem kwasu azotowego daje gęsty jasno-brunatny osad, równy (co do ilości) $^3/_4$ wziętéj ilości. Oczy krwią podbiegłe, spojówki nabrzmiałe, rogówki otoczone wydatnym wałem krwistym, światłowstręt ustąpił zupełnie. Twarz, czoło i ciemię (łysina) wydają się jakby krwią czarną gęsto zbryzgane. Na wargach duże wybroczynowe plamy, to samo na błonie śluzowéj nosa. Język pokryty cienką czarnawą warstwą, dziąsła, twarde i miękkie podniebienie wybladle (koloru fascyi), gęsto upstrzone większemi i mniejszemi wybroczynami. Odnogi miernie ciepłe.

Po południu widok chorego, mówiąc bez wszelkiéj przesady, był iście przerażający. W naszych oczach tworzyły się świeże plamy; zdawało się, że lada chwila krew z nich wytryśnie. Czucie skóry zupełnie prawidłowe, sensoryjum jeszcze dobrze funkcyjonuje. Sinica rozwija się szybko. Ciepl. 36·6°, t. 96 słabe, pod naciskiem palców niknące; podmiotowe uczucie zgorączkowania. Zadyszka wzmaga się (40), kaszel od rana stopniowo ustaje, dają się słyszeć tchawicowe rzężenie. Odgłos wypukowy w dolnych płatach ztępiony, w górze z bębenkowym odcieniem; słychać w dolnych częściach płuc średnio- i drobno-pęcherzykowe rzężenia. Coraz częstsze wypróżnienia pęcherza i stolca, wydzielina czarna krew i skrzepy. Chory staje się niespokojnym, to się co chwila obraca w łóżku, to się każe przeprowadzać z łóżka na fotel. Z każdą godziną, z każdą chwilą niemal wszystkie objawy pogarszają się. Całe ciało, z wyjątkiem stóp, przybrało jednostajną czarno-granatową barwę; skóra przybrzękła, stwardniała. Wypróżnienie mniéj częste i gęstsze, oddech coraz częstszy, stan adynamiczny i duszność coraz się wzmagają; przytomność zachowana do ostatniego tchnienia. Śmierć nastąpiła o godzinie 4éj po południu.

Cała więc sprawa trwała $2^1/_2$ doby, po typowo powstałéj odrze (*in stadio defloritionis*), po najzupełniéj typowym przebiegu téjże i przy braku wszelkich, jakichbądź szkodliwych wpływów zewnętrznych. Podobne przeistoczenia w ciągu zwykłego przebiegu niektórych chorób osutkowych zakaźnych, jak np. ospy i płonicy, należą do rzeczy nierzadkich i obejmujemy je nazwą postaci krwotocznéj formy tych chorób (*Variola et Scarlatina haemorrhagica)*: po durze z przebiegiem złośliwym, adynamicznym można nieraz spostrzegać występujące w mniejszéj lub większéj ilości petocie i sińce, stanowiące zwykle *malum omen* w rokowaniu, ale nadzwyczaj rzadką jest taka postać odry i dla tego uważam za właściwsze określić spostrzeganą przezemnie sprawę jako *Morbus maculosus Werlhofii fulminans*, do czego upoważnia mnie jeszcze i to, że Henoch (l. c.) tak samo określa analogiczną sprawę o 4-dniowym przebiegu po płonicy obserwowaną.

Sekcyja nie była możebną w tym przypadku, zresztą najdokładniejsze nawet zbadanie makroskopijnych tylko zmian nie dałoby wyjaśnienia w zawiłéj patogenezie téj sprawy i nie było to wreszcie celem ani zadaniem niniejszego sprawozdania, chodziło mi tylko o przedstawienie o ile możności dokładne obrazu nader rzadkiéj, ciekawéj, a niezbadanéj dotąd choroby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

John B. Hamilton: **Zarys techniki operacyjnéj laparotomij, obejmujący sposób postępowania w obec zranionego jelita.**

W przypadku rany postrzałowéj brzucha jest kwestyją bardzo ważną, czy jama brzucha została zranioną; do zbadania tego radzi autor użyć zgłębnika giętkiego i dość grubego, którym nie można zranić; wyjątek stanowią nieznaczne rany pistoletowe, przy których porzucić należy badanie zgłębnikiem. Laparotomiję należy wykonać jak najwcześniéj, skoro chirurg jest pewnym, że jelito jest przedziurawionėm; natomiast po upływie 48 godzin od czasu zranienia, nadto przy zapadzie silnym i zapaleniu otrzewny laparotomija jest przeciwwskazaną. Technika operacyi nie powinna się różnić od używanéj zazwyczaj przy laparotomijach z innych przyczyn z wyjątkiem obchodzenia się z jelitem, antiseptykę należy ściśle przeprowadzić, klatkę piersiową i okolicę żołądka i jelit należy obłożyć ciepłemi ręcznikami. Po otwarciu jamy brzusznéj należy najpierw rozpatrzeć, gdzie krwawią tętnice, badając dokładnie sieć i krezkę i podwiązując najmniejszy punkt krwawiący. Jelito należy wydobyć za pomocą palca pętlę za pętlą i pokryć je ręcznikiem, zanurzonym i wykręconym w ciepłym rozczynie sublimatu. Znalezione rany należy zeszyć dokładnie unikając pochwycenia w szew błony śluzowéj; sposób Lamberta przenieść należy nad inne sposoby szycia używając przytém cienkiego katgutu. Następnie po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj należy zeszyć ściany brzucha. *(Annals of Surgery, February* 1887). *Dr. Barącz.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Immermann (w Bazylei): **Leczenie operacyjne surowiczych i ropnych wysięków opłucnowych.**

Jeżeli się ma przystąpić do zabiegu chirurgicznego w przypadkach wysięku opłucny, należy zwrócić szczególną uwagę na 1) trwanie choroby, 2) na ilość wysięku, 3) zachowanie się ciepłoty i 4) na jakość wysięku. 1) Co do pierwszego wiadomo, że przy dłuższém trwaniu choroby występują następowe zmiany w płucach, które będąc uciśnione tracą późniéj możność rozszerzania się i do prawidłowego stanu nie wracają. Prof. J. radzi z pierwszą punkcyją nie spieszyć się i dopiero po miesiącu ją wykonać, naturalnie, jeżeli nie ma wcześniéj innego wskazania i jeżeli wysięk sam się nie zmniejsza. Jeżeli po punkcyi w pewnym przeciągu czasu znowu się zbiera wysięk i pozostaje na pewnéj wysokości, należy znowu zrobić punkcyję i powtarzać ją tyle razy, ile razy tego wymaga choroba. 2) Znaczna ilość wysięku jest sama przez się wskazaniem do zrobienia punkcyi, jużto dla wielkiéj duszności, jużtéżto z powodu znacznéj sinicy lub grożącego obrzęku płuc. Nawet w obec braku tych objawów, jeżeli badanie wykazuje, że serce w skutek wysięku jest przesunięte, robić należy punkcyję jak najprędzéj, ponieważ przy zagięciu naczyń wychodzących z serca łatwo może się wytworzyć zator i śmierć chorego sprowadzić. 3) Jeżeli gorączka wcześnie ustaje, wysięk nie jest znaczny, serce nieprzesunięte, a wessanie wysięku powoli postępuje to lepiéj punkcyi wcale nie robić, chyba że wysięk nie ustępuje i pozostaje stale na pewnéj wysokości. Nie należy również robić punkcyi, jeżeli istnieją objawy zapalne i gorączka się utrzymuje. Pomimo gorączki operuje się wtedy, gdy zachodzi jeden z powodów przytoczonych pod 1 i 2 lub też jeżeli z wszelkiém prawdopodobieństwem przypuścić należy, że mamy do czynienia z wysiękiem ropnym. Co do 4 punktu to jakość wysięku ma bardzo ważne znaczenie w postępowaniu. Jeżeli się przekonamy, że wysięk jest ropny, w tym przypadku należy jak najwcześniéj ropę z jamy opłucnowéj wydalić a to za pomocą torakotomii, t. j. otwarcia klatki piersiowéj nożem, przyczém nieraz należy zrobić i resekcyję

jednego lub dwóch żeber. W miejskim szpitalu w Hamburgu od lat 10, a w klinice uniwersyteckiéj w Bazylei od roku używa się innego sposobu przy wydalaniu ropy z jamy opłucnowéj i jak prof. J. podaje, wyniki są bardzo dobre. Sposób ten jest następujący. Przebija się w odpowiedniém miejscu ścianę klatki piersiowéj trójgrańcem o grubości 7—10mm. i przez niego wprowadza się dren odpowiedniéj grubości do klatki piersiowéj ale z wielką ostrożnością, tak aby powietrze nie dostało się do jamy. Wyjmuje się następnie trójgraniec, a dren wówczas ściśle przylega do ścian zrobionego otworu i zaczyna wtedy ropa odpływać przez dren, którego zewnętrzny koniec użyty jest jako lewarek. Koniec tego drenu powinno się zanurzyć w płyn np. 2—3% rozczyn kw. salicylowego, tak żeby powietrze nie mogło się dostać do jamy opłucnowéj. Na dren taki nakłada się opatrunek i chory po operacyi na 2—3 dzień może wstawać i chodzić z drenem i flaszką, do któréj ropa może swobodnie odpływać. Zwykle nie wyjmuje się drenu przez 1—2 miesięcy a następnie wyjęcie drenu następuje stopniowo. Metoda ta dawała dotąd bardzo dobre wyniki a główną jéj zaletą jest to, że przy zręczném zastósowaniu nie powstanie otok ropowietrzny i płuco może o tyle się rozwijać, o ile jednocześnie ubywa ropy, a w razie potrzeby można całą jamę opłucnową dokładnie odpowiedniemi płynami przepłukać. *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1887, Nr. 9). *Dr. J. Surzycki.*

Dr. Velden: **Zapalenie śródsierdzia rzeżączkowe.**

Dr. V. opisuje 2 przypadki, w których w przebiegu ostrego rzeżączkowego zapalenia cewki powstało zapalenie śródsierdzia. W pierwszym przypadku wystąpiło to zapalenie w 3cim tygodniu trypra i przebiegało wśród miernéj gorączki, bicia serca, uczucia duszności, nieregularnego tętna i szmeru skurczowego nad koniuszkiem serca. W przeciągu 16 dni nastąpiło znaczne polepszenie w rzeżączce a równocześnie i szmer nad lewą komórką powoli ustępował, tak że po 16 dniach szmeru żadnego nie było. Dr. V. badał chorego jeszcze kilka razy w ciągu całego roku, ale nigdy nie mógł znaleźć żadnych objawów ze strony serca, a chory od téj pory czuł się zupełnie zdrów i żadnych dolegliwości ze strony serca nie miewał. W drugim przypadku powstało zapalenie śródsierdzia również w przebiegu trypra, lecz skończyło się niepomyślnie, bo wytworzyła się niedomykalność zastawki dwudzielnéj. Chory ten podaje, że nigdy nie chorował i nigdy nie miał bicia serca lub téż innych dolegliwości, a dopiero w czasie trypra zauważył, że mu coś w sercu zawadza. Przywołany wówczas lekarz oświadczył mu, że dostał zapalenia serca, które przedtém żadnych zmian nie przedstawiało. Dr. V. zwraca więc uwagę na rzadkie, ale w niektórych przypadkach niewątpliwe powikłanie. (*Münch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 11). *Dr. J. Surzycki.*

β. Dr. Herff sam cierpiąc na krztusiec, badał się najdokładniéj wziernikiem krtaniowym Bosego. Wyniki badania tego z wielu względów ciekawego dają się streścić w następujących punktach:

1. W czasie całego przebiegu choroby daje się na błonie śluzowéj począwszy od jam nosowych aż do rozdzielenia się tchawicy spostrzegać zapalenie. Zapalenie to najwybitniéj występuje na błonie śluzowéj, pokrywającéj chrząstki nalewkowe, Santoniego i Wrisberga, daléj w *regio interarytoida* i na dolnéj powierzchni nagłośni.

2. Badanie wziernikiem w czasie napadu kaszlu wykazywało zawsze lepką masę śluzową, mocno przylegającą do tylnéj ściany gardziela. Jeżeli przy silnym wydechu udało się śluz ten wydalić, wtedy napad ustawał.

3. Drażnienie za pomocą zgłębnika krtaniowego okolicy między chrząstkami nalewkowemi zawsze wywoływało napad kurczowego kaszlu. Drażnienie dolnéj powierzchni nagłośni również sprowadzało kaszel, lecz w mniejszém nasileniu. (*Allg. med. Central-Ztg.* 7/4 1886.

Ginekologija.

Panek: **O użyciu kuśnierskiego piątrowego szwu katgutowego w ginekologii.**

Autor zaleca w klinice prywatnéj Veita używany a według Schedego przygotowany katgut sublimatowy lub téż w rozczynie wyskokowym sublimatu przechowany, olejkiem jałowcowym zaprawiony katgut. Jako rodzaj szwu zaleca szew kuśnierski piętrowy w operacyjach plastycznych na międzykroczu i w pochwie, przy wycinaniu guzów z pochwy i z części płciowych zewnętrznych, przy operacyjach przetok pęcherzowo pochwowych, przy zaszywaniu kikuta po wycięciu mięsaków macicy, albo grubéj szypułki po wycięciu torbiela jajnikowego. Pod koniec podnosi korzystne wyniki, jakie Veit tą metodą uzyskał w operacyjach zeszycia pochwy (*Kolporraphia*), a mianowicie na 39 przypadków 37 zupełne a 2 częściowe zespojenia *per primam intentionem.* (*Inaug. Diss.* Berlin, 1886). *Dr. Mars*

Schuchardt: **O wpływie kwasu salicylowego i jego soli na macicę.**

Fürbringer robił pierwszy doświadczenia i doszedł do wyniku, że wszystkie zwierzęta po podaniu kwasu salicylowego roniły. Też same wyniki otrzymali Balette i Blanchier. Sabotowski chwali działanie kwasu salicylowego w bolesném miesiączkowaniu. Podobnie zalecają go Polaillon i Chéron. Chéron podaje w sposób następujący: 10 gramów *natri salicylici*, 60 gramów ponczu z rumu i 100 gramów wody. 2 łyżki stołowe tego płynu zawierają 2·0 gramy soli. Dawkę można podnieść do 6·0 gramów na dobę. Jeszcze lepiéj działał salicylan chininowy w kapsułkach po 0·1 3 razy na dzień. Główne działanie kwasu salicylowego na macicę polega na tém, że wywołuje krwawienie téjże. Sądzono, że krew staje się płynniejszą i łatwiéj przez ściany naczyń przenika. Autor przytacza cały szereg przykładów, w których to działanie występowało. Po dłuższém używaniu spostrzegano u kobiet poronienia (pierwszy Bucquoy 1887). Liczne doświadczenia Benickego i Poraka wykazały, że kwas salicylowy przechodzi przez łożysko do krążenia płodowego. Już po 20 minutach przejście to ma miejsce. Znanych jest wszakże wiele przypadków, w których mimo nawet dłuższego podawania znaczniejszych dawek kwasu salicylowego poronienie nie następowało. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, 1887, Nr. 12). *Dr. Mars.*

Medycyna sądowa.

Ungar (docent w Bonnie): **O znaczeniu próby żołądkowo-jelitowéj** [1]).

Oczekiwania Breslaua, który pierwszy ogłosił spostrzeżenia nad gazami w przewodzie pokarmowym noworodków, że spostrzeżenia jego posłużą za cechę do rozpoznawania, czy dziecko żyło lub nie — nie spełniły się dotąd wcale. Wprawdzie w podręcznikach czyta się o próbie Breslaua, ale tém rzadziéj czyta się o niéj w protokółach sekcyj noworo-

---

[1]) Jakkolwiek o wykładzie Ungara uczyniono już wzmiankę w *Przeglądzie Lekarskim* z roku 1886 (Nr. 46) w sprawozdaniu ze Zjazdu berlińskiego, to jednak ze względu na doniosłość praktyczną sprawy podajemy jeszcze niniejsze więcéj wyczerpujące sprawozdanie.

dków a żaden regulamin wydany po roku 1866, w którym Breslau ogłosił swoje spostrzeżenia, nie zawiera przepisu, ażeby tę próbę wykonywano. Wzmianka regulaminu obowiązującego w państwie niemieckiém, nakazująca otwierać żołądek w jego naturalném położeniu, udaremnia nawet wykonanie próby Breslaua. W podręcznikach nadają autorowie tylko podrzędne znaczenie téj próbie, która zdaniem ogółu autorów nie zdoła zastąpić próby płucnéj, a jednak U. usiluje dowieść, że próba ta jest o wiele cenniejszą, aniżeli się to obecnie powszechnie sądzi, a w niektórych nawet przypadkach może zastąpić próbę płucną. Ostatnia uwaga autora odnosi się do jakkolwiek nielicznych, ale dokładnie spostrzeganych przypadków, w których próba płucna dawała wynik ujemny, pomimo, że oddychanie za życia miało miejsce. W szeregu przypadków tego rodzaju (opis jednego przypadku, który się zdarzył we wschodniéj Galicyi ob. *Przegląd Lekarski*, 1883 str. 507, 519 i 535) zwrócił na siebie uwagę Ungara przypadek opisany przez Ermanna, w którym obok płuc bezpowietrznych spostrzeżono gazy w żołądku i jelicie noworodka. Zajmując się tą sprawą od dłuższego czasu poczynił U. analogiczne spostrzeżenia na płodach zwierzęcych prawie donoszonych i to skłoniło go do zwrócenia powtórnie uwagi na próbę Breslaua, która wśród takich właśnie okoliczności może zastąpić próbę płucną.

W obszernych wywodach popartych rezultatami własnych i obcych spostrzeżeń i doświadczeń dowodzi U., że powietrze dostaje się do żołądka już po pierwszych kilku oddechach, że dostaje się nie przez aspiracyję, jak to twierdził Kehrer, lecz najprawdopodobniéj w skutek ruchów połykowych. Badania manometryczne przekonały go bowiem, że w jamie brzusznéj, a więc i w żołądku noworodków, nie ma w stanie prawidłowym nigdy parcia ujemnego, chyba wśród ruchów wymiotnych, połykaniu powietrza zaś nic nie stoi na przeszkodzie. U. wyklucza następnie możliwe twierdzenie, że gazy w żołądku są produktami kiśnienia lub też spraw gnilnych, gdyż w przypadkach, o które się tutaj rozchodzi, nie może to nastąpić z powodu krótkości czasu, a opukiwania noworodków wkrótce po porodzie przekonały o pojawieniu się odgłosu bębenkowego w okolicy żołądka już w tak krótkim czasie, że o sprawach kiśnienia mowy być nie może. Gazy znajdujące się w żołądku nie zostały również wydzielone przez błonę śluzową, przeciw takiemu przypuszczeniu przemawia spostrzeżenie, iż znajdują się one tylko w żołądku i najbliższych częściach jelita, nigdy zaś nie napotyka się gazów w dalszéj części jelita. Chociażby nawet nie starać się na razie o stanowcze rozstrzygnienie pytania, jaka siła wprowadza powietrze do żołądka noworodka, to jednak najmniejszéj wątpliwości ulegać nie może, że powietrze znajdujące się tamże dostało się przez przełyk i gardziel. Dalsze spostrzeżenia na licznych płodach zwierzęcych pouczyły autora, że powietrze n i e m u s i się dostawać do żołądka wśród pierwszych oddechów i zdarza się napotykać płuca dokładnie wypełnione powietrzem, którego w żołądku wcale nie ma. Ostatnie spostrzeżenie zmusza w obec tego, co się wyżéj powiedziało, do twierdzenia, że zastanie płuc bezpowietrznych i brak powietrza w żołądku nie wyklucza jeszcze możliwości oddychania, płuca bowiem mogły się stać bezpowietrznemi, stan ten jednak przemawia przeciw przypuszczeniu oddychania przez czas dłuższy. W końcu zastanawia się U. nad pytaniem, czy powietrze, które się znajdowało w żołądku i jelicie może uledz wessaniu, słowem zniknąć? Doświadczenia Pawła Berta dowodzą, że pewna aspiracyja powietrza przez ściany jelita może mieć miejsce, co też zmusza autora do twierdzenia, że wśród pewnych warunków może nawet w żołądku i jelicie uledz powietrze wessaniu, jak się to obecnie przypuszcza o płucach i że wnioski o długości trwania życia, opierające się na ilości powietrza zawartego w żołądku nie są usprawiedliwionemi. Te wywody skłaniają autora do polecenia lekarzom próby Breslaua, która zasługuje na uwzględnienie i ma czasem większe znaczenie, aniżeli sam Breslau pierwotnie przypuszczał. W końcu rozprawy zachęca U. do ogłaszania odnośnych spostrzeżeń, aby tym sposobem pomnożyć liczbę dokładnie obserwowanych przypadków kazuistycznych i przyczynić się do zmiany regulaminów sekcyjnych na korzyść próby dotąd nie wiele uwzględnianéj. (*Vierteljschr. f. ger. Med.*, 1887, Z. I). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 14 stycznia 1887.

O b e c n i: Przewodniczący kol. Kaczorowski. Koll. Chłapowski, Święcicki, Preibisz, Zielewicz i sekretarz.

Przewodniczący zagajając posiedzenie poświęcił słów kilka pamięci nagle zgasłego członka Dra Rutkowskiego w Gostyniu, który odznaczał się gorliwością jako lekarz i jako obywatel-Polak. Zgromadzeni uczcili pamięć kolegi swego przez powstanie.

Wybór zarządu będący na porządku dziennym dla niedostatecznéj liczby członków nie przyszedł do skutku.

Po krótkiéj nad chorobami nagminnie panującemi rozprawie, z któréj wypływało, że znaczniejszych chorób mało obecnie (według kol. Kaczorowskiego tyfusu wcale nie ma), wspomina sekretarz o kilku przypadkach trichinozy, z którą do niego zgłaszali się chorzy dotknięci przeważnie objawami ocznemi, a mianowicie ciśnieniem w oczach, naprężeniem gałek, a czasami osłabieniem akomodacyi. W wszystkich rzeczonych przypadkach chorzy nie przeczuwali cierpienia ogólnego, uderzała zaś ta okoliczność, że objawy oczne najwcześniéj wystąpiły i najwięcéj choremu dolegały. Dopiero w przebiegu badania okazało się, że chorzy mieli dolegliwości prawie we wszystkich mięśniach, a czasem nawet gorączkowali. Trichinozę można było tylko przypuszczać na podstawie przypomnianych dawniejszych objawów i liczniejszego niejednokrotnie wystąpienia ostatnich u kilku członków téj saméj rodziny. O dalszym przebiegu W. szczegółów nie może podać, gdyż chorych odsyłał do lekarzy domowych.

Następnie przedstawił kol. Wicherkiewicz dwóch chorych w swojéj klinice umieszczonych. Najprzód dziewczynę 22-letnią sposobem własnym z powodu dwurzędowości i wrostu rzęsów w obecności kolegów podczas ostatniego Walnego zgromadzenia, t. j. przed 3ma tygodniami, operowaną.

Koledzy, którzy byli obecni przy operacyi mogli się teraz przekonać o korzystnym pod każdym względem skutku rękoczynu. Rzęsy stoją prawidłowo, nie widać żadnego oszpecenia i chora najmniejszych nie doznaje już dolegliwości, a zaćmione rogówki wyjaśniły się znacznie w krótkim czasie.

Drugi przypadek dotyczył zaćmy urazowéj, którą W. sposobem własnym usunął. 30kilkoletniemu rzemieślnikowi kawał odpryśniętego żelaza przeszył rogówkę i wywołał zaćmę urazową, któréj prędki rozwój wywołał objawy jaskry wtórorzędnéj. Wypłukanie zaćmionéj soczewki po krwawém nacięciu rogówki nożem grotowym usunęło kataraktę prawie doszczętnie tak, że chory po dwutygodniowém leczeniu z dobrym wzrokiem może być wypuszczonym z lecznicy.

Kol. K a c z o r o w s k i wspomina o dwóch przypadkach zamknięcia jelita grubego w skutek upadnięcia. Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 62-letniéj, która poślizgnąwszy się upadła wznak, doznała bólu krzyża, a niemniéj i brzucha. Nastąpiły mdłości, wymioty, zaparcie stolca, którego nie mogły usunąć lewatywy. W miejscu stykania się jelita grubego wstępującego z poprzecznem znajdował się guz bolesny. Częste dawki makowca usunęły mdłości, po kilku dniach nastąpiło wypróżnienie i guz zniknął.

W drugim przypadku kobieta 72-letnia upadłszy wznak w pokoju doznała także wymiotów po silnych mdłościach. I tu zaparcie stolca było uporczywe, ale owego nabrzmienia określonego nie odkryto. Podawano makowiec, który usunął wymioty po kilku dniach, lecz stolec nastąpił dopiero po dwóch tygodniach. Okoliczność, że po upadku nastąpiło zaparcie stolca z mdłościami itd., pozwala według prelegenta przypuszczać, że wstrząśnienie sprowadzone upadkiem, wywołuje zagięcie miejsca, w którém grube jelito wstępujące przechodzi w poprzeczne, sprawia podrażnienie otrzewny z następném porażeniem samego jelita.

Następnie wspomniał kol. Kaczorowski o niezwykłym przypadku żółtaczki rozwiniętéj u choréj, która poprzednio kilka razy już miewała kolkę żółciową i niedawno umarła wśród objawów porażenia serca. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono rozszerzenie przewodów żółciowych wywołane kamyczkami, których znaleziono czterdzieści kilka. Kol. Kaczorowski przypuszcza, że w skutek zaparcia przewodu kamyczkami żółciowemi nastąpiło powolne lecz ciągłe wessanie żółci, która z czasem sprawiła zatrucie krwi.

W końcu kol. Chłapowski mówił o nieogłoszonym dotąd przez siebie przypadku drobnogłowu, objaśniając swój wykład fotografijami zdjętemi z płodu płci mezkiéj urodzonego w r. 1875 w Bytomiu.

Płód był dojrzały, kości czaszki brakowało prawie zupełnie. Mózg mało rozwinięty, okryty jedynie oponami mózgowemi, zrosłemi z osłonami jajowemi. Jama czaszkowa wypełniona krwawym płynem, którego część wypłynęła przy rozdarciu opon podczas porodu. Obok rozszczepienia czaszkowego *(Cranioschisis)* zachodziło w tym przypadku rozszczepienie twarzy *(Schistoprosopos)*. Jama ustna i nosowa tym sposobem komunikuje z jamą czaszkową. Podobne rozszczepienia czaszki zdarzają się w skutek utrudnionego zrostu kości, np. przy wodnéj puchlinie mózgu u płodu, jeżeli mniejszą zajmują przestrzeń, ograniczając się do części przedniéj lub tylnéj itd. czaszki, zowią się przepuklinami mózgu (*Hydrencephalocele*).

W niniejszym przypadku rozszczepienie czaszki jest skutkiem zapalnego przyrośnięcia osłon jajowych do czaszki. Z tego powodu nie mogły rozwinąć się kości czaszkowe, które już w 2im miesiącu tworzyć się zaczynają. Takie same zapalne przyrośnięcie jajowych błon do błony śluzowéj jamy nosowéj uniemożebniło zrośnięcie się kości twarzowych; musiało jednak ono nastąpić bardzo rychło (w 4ym lub 5ym tygodniu), t. j. nim górne gałązki pierwszego wyrostka skrzelowego, (z którego wytwarzają się kości twarzowe szczęki górnéj i podniebienia), mogły się połączyć. Powłoki jajowe są do lewéj części twarzy przyrosłe, skóra z téj części przechodzi w owodnę (*amnion*): po lewéj téż stronie oko mniéj jest wykształcone *(mikrophthalmia)*, szpara powiekowa ledwo dostrzegalna, podczas gdy prawe oko uderza wypukłością, wystąpieniem na wierzch, charakterystycznem dla niedostatku kości czołowych i odpowiedniéj części mózgu. Dolna część twarzy, szczęka dolna dobrze rozwinięte, język niepodzielony. Reszta ciała nie przedstawia zboczeń w kostnieniu. Jedynie zauważono tylko sześciopalcatość *(polydactylia)* u obu rąk i obustronny *pes varus*.

Przypadek ten jest ciekawym z kilku względów. 1) Pod względem teratologii jest rzadkim, jakkolwiek bowiem znane są rozszczepienia twarzy, towarzyszące rozszczepieniom czaszki, to o ile przytacza A. Foerster w swym atlasie, połączone są one z innemi jeszcze brakami, z rozszczepieniami rdzenia, przepuklinami piersiowemi, brzuchowemi itd., których w tym przypadku nie było. 2) Dla tego, że można dokładnie określić czas, w którym sprawa zapalna go wywołała. Zrośnięcie błon jajowych z przednią częścią główki, a więc z 1ym pęcherzykiem mózgowym i górną gałązką lewego wyrostka przedniego skrzelowego musiało nastąpić między 4ym tygodniem, w którym zrastają się dolne (żuchwowe) gałązki 1go łuku skrzelowego, a 7ym, w którym się spajają jego górne gałązki i to za pośrednictwem środkowego czołowego wyrostka, znanego jako osobna kostka u zwierząt *(os intermaxillare)*. Dodać wypada, że ten czołowy wyrostek w niniejszym przypadku jest widocznym po stronie lewéj.

Ze stanowiska położniczego przypadek ten zasługuje na wzmiankę także, bo w pierwszéj chwili przy badaniu rodzącéj zachodziła wątpliwość, czém jest ta gębczasta prawie i krwawiąca masa czaszkowa, przypominająca łożysko przodujące (*placenta praevia*). Dopiero dokładniejsze zbadanie palcem przy zmieniającéj się nieco pozycyi płodu, który wyszedł twarzą naprzód, wywiodło badającego z błędu. Łożysko znajdowało się bardzo blisko opon mózgowych, ale nie stykało się z niemi bezpośrednio. Matka była pierwiastką i nie mogła przypomnieć sobie nic takiego z pierwszych miesięcy swéj ciąży, coby mogło być w przyczynowym związku z powstaniem zmian opisanych. Późniejsze dzieci tych samych rodziców nie przedstawiały żadnych zboczeń przyrodzonych.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Z liczby roślin szkodliwych zdrowiu, w Persyi jednak znanych i używanych, lecz tylko w celach występnych, wypada przytoczyć naparstnicę, wilczą jagodę, szaleń, lulek i konopie indyjskie. Cztery pierwsze znajdują się w stanie dzikim; ostatnie są uprawiane w okolicach Meszetu i Ispahanu, w celu, jak twierdzą, otrzymania z nich nasienia, stanowiącego wyborny pokarm dla sokołów używanych do polowania, głównie jednak dla przygotowania odwarów i wyciągów, a z nierozwiniętych jeszcze torebek kwiatowych wody przekroplonéj przeznaczonych na czysto okolicznościowy użytek. W społeczeństwie, gdzie zbrodnia jest na porządku dziennym i pozbywanie się znienawidzonych lub nieprzyjaznych osób drogą morderczéj intrygi jest praktykowaném częściéj może niż gdzieindziéj na Wschodzie, tam prócz nie zawsze pewnego strzału, lub nie zbyt trafnie uderzającego sztyletu, należało wynaleźć i posiadać inne większe zaufanie wzbudzające środki, wydobywając je z roślin miejscowych, dopóki cywilizujący Zachód nie dostarczy lepszych, szybko i pewnie działających. Oto przyczyna tłumacząca powód znajdowania się tak na dworach perskich panujących, częściéj jeszcze w orszaku rządzców odległych prowincyj, a również i w zameczkach potężnych feudalnych khanów, wyłącznie uzdolnionych osobistości zwanych *Semd-ar* (truciciели), których obowiązkiem jest przygotowywać i dostarczać środków do łatwiejszego usunięcia z widoku rozgniewanego pana, podejrzanego urzędnika, sprzeniewierzonéj kobiety, lub niekiedy i własnych dzieci. Zwyczaj podobny, choć rzadziéj praktykowany, zachował się jeszcze i dotąd, pomimo że się zmieniła jakość i ilość podawanych trucizn. Na dworze wielkorządzców Tebryzu i Ispahanu znajduje się zawsze ktoś umiejący je przygotować z roślin miejscowych bez potrzeby zwracania się do istot sprowadzanych z zagranicy, zwykle mniejsze posiadających zaufanie.

Swojski ten jednak sposób przygotowywania trucizn pozostaje tajemnicą w pośród pewnych rodzin. Otrzymać pewną ilość trucizny jest rzeczą niemożebną. A otrzymawszy nawet przekonamy się, że w skład jéj wchodzi zwykle tyle różnorodnych składników, że ścisłe wykazanie pierwiastków je składających jest prawie niepodobném, tak że jedynie tylko drogą dopytywań mogłem dojść do przekonania, że w każdéj podobnéj mięszaninie nazywanéj tu ogólnie *semde* znajdują się składniki czterech powyżéj zacytowanych gatunków roślin. Każdą zaś z części ją składających uważają za posiadającą wyłączne własności i stosownie do tego bywa przygotowywaną. Raz więc będzie to bardzo silny odwar z jéj kwiatów, liści, łodyg lub korzeni, innym razem używa się tylko nasienia zebranego w pewnéj porze roku. Lub téż znowu ze wszystkich części rośliny przygotowuje się jedynie wyciąg i ten zmięszany z różaną konfiturą, a częściéj jeszcze z czarną

kawą, podług miejscowych zapewnień bywa najczęściéj podawany i działać ma zawsze z pożądanym skutkiem!

Konopiom zaś przypisują tutaj inną jeszcze własność, mianowicie znieczulania i uśmierzania cierpień w pewnych wyłącznych okolicznościach. Do takich zaś należą bóle porodowe, dla których złagodzenia w każdym zamożniejszym domu jest zwykle używany odwar suchych liści konopnych, podawany w chwili rozpoczęcia się okresu porodowego O istotnych skutkach nie mogłem się zapewnić. Wolno jednak przypuszczać, że stan odurzenia, w jaki odwar konopny wprowadza rodzącą, zmniejszając zasób sił fizyjologicznych, najczęściéj niekorzystnie tylko oddziaływa na przebieg porodu, a niemniéj też i na zdrowie matki.

Rozpisując się o główniejszych zwyczajach i nałogach mieszkańców Persyi, wykazując dobrą i złą ich stronę i wpływ, jaki wywierają na zdrowie jednostek, nie podobna mi pominąć jednego z najfatalniejszych nałogów, wstrętnego na samą wzmiankę, szkodliwego fizycznie i poniżającego moralną wartość człowieka. Jestto pederastyja wykonywana przez Persów w najobszerniejszém tego słowa znaczeniu. Żaden bowiem z ludów dalekiego Wschodu nie upadł jeszcze tak nisko, ażeby przy łatwości, jaką ma w zadowoleniu popędu płciowego, posunąć się do stopnia stawiającego go niżéj od rozszalałego zwierzęcia. Turek, przyswoiwszy sobie niejeden z nałogów greckich, zdołał jednak powściągnąć swe popędy dzięki energii prawa. Arab tylko ze szczerą pogardą wyraża się o téj nienaturalnéj drodze zadowalania swych chuci. Indyjanin jéj nie zna. Jeden tylko Pers, przyjąwszy ten nałóg od sąsiadującego z nim szczepu turkomańskiego, nie poczytuje go sobie za żadne poniżenie hołdując mu z całym wschodnim zapałem. Stosunek płciowy z młodym chłopakiem przenosi zawsze nad powab *henderunu*, pogardza tym ostatnim posiadając go więcéj dla formy i zadośćuczynienia zasadzie, że każdy muzułmanin powinien być żonaty. Sceną zaś najbardziéj go upajającą jestto chwila, w której otoczony gronem chłopaków, słucha ich lubieżnych piosnek, przypatruje się ruchom i drży radośnie na samą myśl przyszłego zetknięcia się z jednym z faworytów.

Materyjału do podobnych męskich orgij dostarcza perski Kurdystan. Chłopcy uposażeni od natury, w wieku od 8—12 lat, bywają oddawani do domów zamożniejszych niejako w charakterze służących lub też po prostu są sprzedawani przez rodziców chciwych i widzących w podobnym czynie własny interes, który zwykli przenosić nad uczucie ludzkości i własne obowiązki. Jeżeli chłopak podoba się panu, odrazu zajmuje w orszaku pewne wydatne stanowisko. Stroją go wtedy jak lalkę, starają się o jego względy, przez niego nieraz obrabiają się zawikłane interesa i taki *piszmesz* (paź) jest osobą poważaną, którego kaprysom wszyscy na dworze muszą ulegać. Nieraz też fatalnie rozpoczęta karyjera życia doprowadza go do światowych honorów, do wysokich często stanowisk urzędniczych. Najczęściéj jednak po kilku latach rozpustnego życia, osłabienie fizyczne i szereg cierpień jako nieuchronne następstwo czasowego rozbestwienia, rzucają go na śmiecisko, gdzie występek i zbrodnia są głównemi podstawami do utrzymania dalszego bytu. Jednakże na dworze panującego podobnych paziów po odbyciu wspomnianego nowicyjatu i z chwilą wystąpienia objawów męskiéj dojrzałości zwykle przenoszą na listę wysłużonych i już na całe życie cieszą się daléj łaskawym chlebem. Droga do nabywania podobnych rozkosznisiów jest bardzo łatwa dla zamożnych. Zepsucie jednak i dzika chuć nie ograniczają się jedynie do téj warstwy perskiego społeczeństwa. Cały bowiem ogół ożywia podobny popęd, dla którego zadowolenia musi się też posiadać odpowiednie sposoby. Tutajto domy publiczne tak zwane *dżende hane* odpowiadają w pełni ogólnéj potrzebie. Znajdujemy je nietylko w większych miastach ale i po wsiach nawet, występujące jużto pod nazwą *czajni* lub tylko oberży, położonych nadto w jednéj z ludniejszych dzielnic. Nieraz podobne ustronia posiadają pyszne ogrody, wodotryski, wygodne banie i ciche kioski, słowem wszystkie przynęty prowadzące do upojenia oka i namiętności. W takichto domach obok grona chłopaków przemyka się co chwila jakaś strwożona na pozór i kryjąca się piękność perska, podobnie pierwszym trzymana również w celu uprzyjemnienia chwil nudzącemu się w oberży gościowi. Ten więc ma tu odrazu dwie drogi do wyboru, aby zadość uczynić celowi, jaki go sprowadził do podobnéj nory. Że zaś ta ostatnia bywa zwykle odwiedzaną przez mężczyzn przesyconych już wdziękami własnych odalisk, więc też tu spotykane nie mają dlań żadnego powabu i czyny rozbestwienia zwykło się wtedy spełniać na niedorostkach własnéj płci. Nic zaś tak dobrze nie charakteryzuje duchowego usposobienia Persa, jak właśnie chwila, w której przygotowuje się do wyprawy, zaczyna się unosić nad całą rozkoszą, jaką mu sprawi wdzięczący się chłopak. Wtedy potoki lubieżnych zdań płyną mu z całą łatwością, a pomijając swe moralne upodlenie i wzgląd na towarzystwo, w jakiém się znajduje, daje wolne pole swéj wyobraźni, nurzając się w brudach swych idealnych poglądów dla tych tylko zrozumiałych, co podobnie jemu idą drogą takiéj hańbiącéj rozpusty.

Nie gdzieindziéj też jak tylko w podobnych *dżende hane* odkryjemy źródło i siedlisko tak chorób wenerycznych u obu płci, jak również i przedewszystkiém cierpienia właściwe okolicy odbytu i międzykrocza, jakie spotykamy u nieszczęśliwych ofiar pederastyi. W rzędzie stanów chorobowych, o jakich mogłem się dowiedzieć, na pierwszą wzmiankę zasługuje przeniesienie kiły, łatwe jéj bardzo przyswojenie się na błonie śluzowéj odbytnicy i cały szereg objawów następowych. Daléj zarażenie płynem rzeżączkowym spotyka się tu niemniéj często. Bywają tu bowiem ludzie do tego stopnia rozbestwieni, że po stosunku płciowym odbytym z kobietą kończyć zwykli swą orgiję w objęciach chłopaka, udzielając mu choroby przed chwilą nabytéj. Badając takich chorych spotykamy się najprzód z bardzo oryginalną i o tyleż naiwną obroną ich cierpienia, tłumaczących, że nie są w stanie podać przyczyny jego nabycia, zaręczających, że oddawna nie mieli żadnego stosunku z kobietą. Należy też być obznajmionym z tutejszemi zwyczajami, ażeby nie zostać wprowadzonym w błąd i nie uwierzyć, że rzeżączka jest tylko następstwem pewnych zmian powietrznych, obmywania odbytu zimną wodą lub działania pyłów wapiennych podczas znajdowania się w ustępie. Płyn rzeżączkowy sprowadza nietylko ostre zapalenie błony śluzowéj odbytu, ale przechodząc w stan długotrwały, zmieniający jego patologiczną jakość, wywołuje owrzodzenia prawie zawsze przenoszące się i na głębsze części odbytnicy. Dodajmy do tego zawsze silne podrażnienie całéj okolicy ciałem dla niéj obcém, a często bardzo spotykane przykłady przetok, wypadnięcia odbytu u pederastów zostaną wytłumaczonemi. U bardziéj niedbałych, a taką jest największa ich część, płyn drażniący spływając na okolicę międzykrocza, najprzód wywołuje tutaj podrażnienie a następnie i wrzody, co do swéj postaci bardzo podobne do ociekli

kiłowych. Sprawa ta przy dalszém zaniedbaniu przenosi się na moszna. Tutaj wytwarza grupy ocieklin, mogących wprowadzić badającego w kłopot, zwłaszcza gdy należy rozstrzygnąć o ich pochodzeniu, mianowicie, gdy nie podobna wykazać innych objawów kiłowych. Wtedy badanie okolicy odbytu, gdzie zawsze znajdziemy świeże rozpadliny lub bruzdowe ich blizny, ułatwią rozpoznanie i przekonają nieraz o przeszłéj konduicie chorego, jeżeli ten przeszedł już okres wieku dorastającego.

Na podobną rozpustę i miejsce, gdzie się wytwarza, gnieździ i zkąd się rozszerza zakażenie kiłowe, nikt tu oczywiście nie zwraca uwagi. Przykład dawany i utrzymywany z góry będzie śmiało i wytrwale naśladowanym. Higijena zaś przy najlepszym nawet stanie swego rozwoju nie zdoła mu zapobiedz. Bo jeżeli nawet przyjdzie do zreformowania dzisiejszych *dżende hane*, to przecież nie zdoła się wykorzenić tego, co się niejako stało zwyczajem większéj części perskiéj ludności. (C. d. n.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

* L. 15.388. Okólnik do wszystkich pp. ck. Starostów oraz do W. Pp. Prezydentów stoł. miasta Lwowa i Krakowa.

W celu zapobieżenia rozszerzaniu się chorób epidemicznych w kraju rozporządziło wys. ck. Ministerstwo spraw wewn. pismem z d. 7 marca 1887 L. 3098, aby z całym naciskiem — ewentualnie przy surowém użyciu prawnie dozwolonych kar — starać się o to, aby:

1. obowiązek donoszenia o pierwszych przypadkach chorób zakaźnych ze strony zwierzchności gminnych do władzy politycznéj jak najsumienniéj był wykonywanym;

2. aby przewożenie z jednéj gminy do drugiéj chorych dotkniętych chorobą zakaźną lub wzbudzającą podejrzenie choroby zakaźnéj bez osobnego zezwolenia władzy politycznéj niezawodnie zostało powstrzymaném;

3. aby ile możności już w miejscu zapewniono odosobnione pomieszczenie i leczenie chorych, aby oraz zapewnioną była skuteczna i ze strony policyi sanitarnéj nadzorowana dezinfekcyja wszystkich zakażonych przedmiotów.

4. Należy zobowiązać wszystkich kierowników zakładów przemysłowych i przedsiębiorstw, którzy większą liczbę robotników zatrudniają, by poczynili potrzebne zdrowotne zarządzenia w celu sanitarnego nadzorowania robotników, leczenia chorych, odosobnienia dotkniętych chorobą zakaźną, lub o takąż chorobę podejrzanych, wreszcie w celu odpowiedniego pomieszczenia robotników w zakładzie nocujących.

Należyte utrzymywanie tych zarządzeń mają lekarze rządowi nadzorować przez niespodziewane od czasu do czasu odbywane rewizyje.

5. Zarządy szpitalne mają być zobowiązane, zawiadamiać właściwą władzę polityczną o przyjęciu chorego dotkniętego chorobą zakaźną, udzielając jéj potrzebnych danych anamnestycznych, by źródło zakażenia bezzwłocznie mogło być zbadane i choroba w zarodku stłumioną.

Oprócz powyższych środków, które wprost mają na celu stłumienie chorób zakaźnych, poleca jeszcze wys. ck. Ministerstwo bezustannie działać w tym kierunku, by zmniejszać usposobienie do epidemicznego rozszerzenia się chorób zakaźnych w kraju.

Gdy wykonywanie tych zadań policyi sanitarnéj należy według wyraźnego brzmienia §. 3 w państw. ust. sanitarnéj do samoistnego zakresu działania gmin, dokładne zaś wypełnianie tychże pod względem sanitarnym według §. 1 i 8 lit. *a.* wspomnianéj ustawy podlega nadzorowi władzy politycznéj, a w §. 107 ustawy o urządzeniu gmin w Galicyi z 12 sierpnia 1866 dz. pr. i rozporz. kraj. Nr. 19 podane są środki, jakich użyć należy w razie zaniedbania tych sanitarno-policyjnych obowiązków ze strony poszczególnych gmin, przeto należy w celu asanacyi pod względem sanitarnym zaniedbanych zwłaszcza miejskich gmin, jakotéż gmin zagrożonych obecnie z powodu sąsiedztwa z Węgrami zawleczeniem cholery — postępować z całą oględnością i surowością, zapewniającą rzeczywisty skutek.

Udzielając Panu powyższe rozporządzenie wys. ck. Ministerstwa do ścisłego wykonania, wzywam Pana do ponownego przypomnienia zwierzchnościom gminnym tut. okólnika z d. 28go stycznia 1878 L. 4.688. Po nadejściu sprawozdania ze strony zwierzchności gminnéj, iż w jakiéj miejscowości okazuje się choroba zakaźna lub o nią podejrzana, należy wydelegować na miejsce ck. lekarza powiatowego dla sprawdzenia rodzaju choroby i ewentualnie dla zarządzenia środków zaradczych przeciw dalszemu szerzeniu się choroby zakaźnéj. Jeżeli ck. lekarz powiatowy sprawdzi, iż ta choroba przybrała cechę nagminną, tj., iż równocześnie więcéj znajduje się chorych w różnych zagrodach gminy, a zwłaszcza, jeżeli epidemija ma przebieg groźniejszy, należy wydelegować na koszt skarbu państwa najbliżéj mieszkającego lekarza dla leczenia chorych i dla dalszego przestrzegania przepisów sanitarno-policyjnych. W razie sprawdzenia odry (kuru) lub krztuśca (kokluszu) nie potrzeba delegować lekarza dla leczenia chorych, lecz polecić zwierzchności gminnéj, aby w odpowiednich odstępach czasu zdawała ck. Starostwu sprawę o przebiegu epidemii. Dopiero gdyby epidemija odry lub kokluszu groźny przybierała charakter, może Pan delegować lekarza dla leczenia chorych.

O swych zarządzeniach wydanych w skutek niniejszego rozporządzenia ck. Ministerstwa przedłoży Pan najdaléj do 14 dni szczegółowe sprawozdanie.

Nadto będzie Pan o wszystkich zarządzeniach w celu asanacyi zaniedbanych gmin (dzielnic miasta) i o wyniku tych zarządzeń przy sposobności przedkładania miesięcznych raportów o przebiegu chorób nagminnych zdawał sprawę. Ck. Namiestnictwo otrzymało bowiem polecenie peryjodycznie zdawać wys. Ministerstwu sprawę o postępach asanacyi gmin, a zwłaszcza miast i miasteczek w kraju.

Lwów d. 16 kwietnia 1887. (podp.) *Zaleski.*

○ W sprawie założenia państwowego urzędu zdrowia w Austryi. (Dok.) Na ostatniém trzeciém posiedzeniu, które odbyła Komisyja wyznaczona z Izby deputowanych w sprawie wniosku Dra Rosera o ustanowienie państwowego Urzędu zdrowia, celem wysłuchania zdań znawców przemawiali prof. Soyka, lek. pułk. Kowalski, prof. Ludwig, radca dworu Migerka naczelny inspektor przemysłowy, radca dworu v. Inama Sternegg prezes c. k. centralnéj komisyi statystycznéj, lekarze sztabowi Kratschmer i Obermayer, oraz proff. Wappler i Weichselbaum. Obok życzeń przedstawionych już przez poprzednich mowców, przemawiano za komisyjami zdrowia w pojedynczych gminach, szerzeniem higijenicznych wiadomości, utworzeniem oddzielnego higijenicznego centralnego muzeum obok pracowni dla szczegółowych zadań praktycznéj higijeny (radca v. Inama Sternegg). Przewodniczący komisyi radca Gniewosz wyraził znawcom podziękowanie za trudy, a prof. Soyka nadzieję, że po tych rozprawach wkrótce nastaną energiczne kroki ustawodawcze.

Ogólny wynik tych zdań, zwłaszcza obok wyrażonéj przez hr. Taaffego opinii (*Przegl. Lek.* 1887, str. 284), nie każe się wiele spodziewać. Zadaniom na polu zdrowia publicznego gminy nie podołają, muszą im kraje przyjść z pomocą, a i te nie zawsze będą w stanie tyle uczynić, ile potrzeba; rzecz zatém dla jéj ważności i wielkiego dla ogółu państwa znaczenia winno wziąć państwo na siebie.

Usterki naszego zarządu zdrowia, jak obecnie przez wielu znawców, podnoszone bywają od lat wielu przez organa opinii publicznéj, jak również w poprzednich sesyjach parlamentu przez pojedynczych jego członków. Wiele petycyj wniesiono już o poprawę tych stosunków, które następnie odstąpiono do uwzględnienia rządowi. Oby obecny bodziec, jaki dano téj sprawie, doczekał się pomyślnego skutku. Środki pieniężne niezawodnie chętnie i jednogłośnie zawotują przedstawiciele narodów; oby stało się to tylko rychło a z pożytkiem; oczy wszystkich zwrócone dziś na obrady i wnioski w komisyi Izby deputowanych, w któréj ręku spoczywa los tyle dla dobrobytu państwa ważnéj sprawy.

○ Kokain przeciw morfinowi. Po poznaniu kokainu

łudzono się nadzieją, że w tym leku zyskamy środek przeciwny morfinowi i że uda się przez używanie kokainu pokonać morfinizm. Według doświadczeń, jakie dotychczas zrobiono, nadzieja ta okazała się złudną, przy równoczesném używaniu morfinu i kokainu powstaje forma mięszana morfinizmu i kokainizmu, gorsza od każdéj z tych pojedynczych postaci chorobowych. W jednym ze szpitali berlińskich leczono młodego człowieka, który usiłował za pomocą kokainu odzwyczaić się od morfinu i osiągnął początkowo pomyślny wynik, póżniéj pojawił się szał ze zwidywaniami, który zmusił do pomieszczenia go w szpitalu. Po usunięciu kokainu ustały powoli zwidywania, a chory stał się znów spokojnym i rozważnym. W powolném usuwaniu morfinu spoczywa nadzieja zupełnego wyleczenia chorego. Ten przypadek nie jest bynajmniéj odosobnionym, przy używaniu zatém kokainu zaleca się jak największa ostrożność. (*Gesundheit* 1887, Nr. 6).

Dr. Frisch: **Die Behandlung der Wuthkrankheit. Eine experimentale Kritik des Pasteurschen Verfahrens.**

Postępowanie ochronne zalecane przez Pasteura spotkało się nietylko we Francyi z zarzutami, ale także i w innych krajach. W rzędzie podnoszących zarzuty niepoślednie miejsce zajmuje prof. Frisch, który w broszurze, któréj tytuł powyżéj przytoczyliśmy, ostréj poddaje krytyce cały sposób postępowania Pasteura, który miał sposobność dokładnie poznać będąc przez poliklinikę wiedeńską wysłanym do Paryża właśnie, aby się z tą nową metodą zapoznał. Broszura F. zwróciła na siebie w Wiedniu uwagę licznych a poważnych kół naukowych, dla tego i my pospieszamy zwrócić na nią uwagę i przynajmniéj zaznaczyć treść jéj. W rozdziale Iym zdaje autor sprawę ze wszystkich prac Pasteura nad wścieklizną, przyczém dowiadujemy się, że ważna myśl przenoszenia wścieklizny przez szczepienie rdzenia pacierzowego nie pochodzi od Pasteura, lecz od Dubouego i Galtiera. W IIgim rozdziale omawia autor doświadczalne wytwarzanie wścieklizny, a w IIIcim mówi o ochronnych szczepieniach, w IVtym zaś o osiąganiu ochrony od wścieklizny. W Vtym nakoniec rozdziale poddaje F. ostréj krytyce także i statystykę Pasteura, a wreszcie tabelarycznie przedstawia swe doświadczenia.

Miejsce nie zezwala tu wchodzić w szczegóły, dla tego wskazawszy, czém się autor zajmuje, ograniczamy się do podania, że najważniejszy wynik badań uwydatnia się w tych słowach Frischa:

Króliki i psy, które poddano temu wzmocnionemu postępowaniu szczepienia, jakie Pasteur dla ludzi obecnie zaleca, a które przedtém nie doznały zakażenia, zostały przez to szczepienie ochronne wścieklizną zarażone. Ztąd z wielkiém prawdopodobieństwem wnosić można, że ten sposób szczepienia także i dla ludzi mógłby być połączonym z poważném niebezpieczeństwem.

Pracę swą noszącą umiejętne piętno na sobie kończy zaś autor temi słowy: „Być może, iż w istocie w przyszłości da się wyśledzić postępowanie, przez które powstrzymać będzie można u ludzi skutki pokąsania przez zwierzęta wściekłe, dziś jednak nie posiadamy jeszcze do zrealizowania téj nadziei dostatecznych doświadczalnych podstaw. Pasteur wyrzekł: „*Mais avant la realisation de cette espérance un long chemin reste à parcourir.*“ Istotnie daleka jeszcze droga, aby szczęśliwie i w krótkim czasie przebytą być mogła! Dziś jednak wydaje mi się być rzeczą nieusprawiedliwioną obierać człowieka za przedmiot wątpliwych doświadczeń.“ *Dr. Grabowski.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28·5. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z dławca i błonicy 2 (5 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z gruźlicy 5 (14z. t.); z zapalenia płuc 12 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach krztuśca, 1 płonicy, 1 duru osutkowego (ze Zwierzyńca), 1 róży. W tygodniu od 24—30 kwietnia umarło z ospy: w Tarnopolu 3, w Warszawie 6, w Królewcu 3, w Wiedniu 1, w Budapeszcie 12, w Pradze 7, w Tryjeście 2, w Rzymie 11, w Petersburgu 4. Z odry umarło we Lwowie 2, w Kołomyi 1, w Wiedniu 17, w Mnichowie 28, w Rzymie 14, w Londynie 90, w Stokholmie 12, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Czerniowcach 2, w Wiedniu 10, w Londynie 19, w Petersburgu 13. Z duru osutkowego umarło we Lwowie 3, w Kołomyi 1, w Tarnopolu 2, w Gdańsku 2, w Stokholmie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 29, w Hamburgu 6. Z dłkwca i błonicy umarło we Lwowie 4, w Drohobyczu 1, w Przemyślu 1, w Tarnowie 1, w Berlinie 22, w Dreżnie 10, w Lipsku 11, w Londynie 29, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Przemyślu 2, w Londynie 73, w Liwerpolu 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,0; we Lwowie 38,3; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 35,5; w Kołomyi 40,1; w Przemyślu 41,1; w Stanisławowie 25,1; w Tarnopolu 39,8; w Tarnowie 24,3; w Czerniowcach 31,0; w Warszawie 27,2; w Poznaniu 21,1; w Wiedniu 33,2; w Salcburgu 33,0; w Gracu 41,7; w Tryjeście 25,8; w Insbruku 23,4; w Pradze 42,1; w Bernie 33,3; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 18,2; w Berlinie 21,3; we Wrocławiu 34,1; w Gdańsku 34,3; w Dreżnie 22,9; w Kolonii 24,6; w Lipsku 19,7; w Mnichowie 31,0; w Strasburgu 23,2; w Amsterdamie 25.5; w Brukseli 25,8; w Budapeszcie 33,2; w Chrystyjanii 19,4; w Kopenhadze 22,6; w Londynie 18,3; w Odesie 26,5; w Paryżu 27,4; w Petersburgu 38,6; w Stokholmie 29,5; w Wenecyi 31,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 czerwca. Przygotowania do uroczystości otwarcia nowego gmachu uniwersyteckiego odbywają się przyspieszonym krokiem. Aula już prawie gotowa, książki pamiątkowéj już bije się arkusz 10ty, również drukuje się książka jubileuszowa, zawierająca prace studentów. Uroczystość odbędzie się we wtorek d. 14 bm. i rozpocznie się o godzinie 10éj zrana od nabożeństwa w kościele akademickim.

* **Wiedeń**. Idąc za przykładem docentów niemieckich grono profesorów, docentów i asystentów Wydziału lek. wiedeńskiego ogłasza na miesiące sierpień i wrzesień kursy feryjalne ze wszystkich gałęzi lekarskich, tak teoretycznych jak praktycznych, przeznaczone dla lekarzy, którzy wiedzę swoją chcą odświeżyć lub wzbogacić przez zapoznanie się z postępem nauki. Czy kurs podobny nie dałby się choć na próbę urządzić i u nas? Nie wątpimy, że zgłosiłoby się wielu lekarzy na jeden lub drugi przedmiot, zwłaszcza na kurs parę tygodni tylko trwający.

Stan prof. Billrotha poprawia się ciągle, tak że na razie już nie zachodzi żadne niebezpieczeństwo.

* **Graz**. Po zamianowaniu Dra Jakscha profesorem nadzw. pedyjatryi Wydział krajowy styryjski zamianował docenta pedyjatryi Dra Tschamera prymaryjuszem oddziału chorób dzieci, skutkiem czego, w braku kliniki pedyjatrycznéj, profesor pedyjatryi pozbawiony został całego materyjału.

* **Paryż**. D. 27 maja na posiedzeniu Tow. anatomicznego, pod przewodnictwem prof. Cornila odbytém, Dr. Prus z Krakowa miał wykład o *adenoma* wątroby i karyokinezie w komórkach nowotworowych. Wykład ten w streszczeniu ukaże się w *Bullet. de la Societé anat.* i stanowić będzie jeden rozdział z obszerniejszéj pracy Dra Prusa o zmianach wątroby pod wpływem drażnienia środkami chemicznemi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Zastępstwo z powodu słabości prof. Henocha objął prof. Senator. — **Marburg.** Nadzw. prof. higijeny Dr. Rubner mianowany prof. zwyczajnym.

* **Odznaczenia**. Akademija Umiej. we Wiedniu na posiedzeniu doroczném wybrała dla klasy swéj matematyczno-przyrodniczéj członkami rzeczywistymi profesorów Leitgeba, botanika w Gracu, Pfaundlera, fizyka w Insbruku; członkami zaś korespondentami proff. Toldta, anatoma, Fleischla, fizyjologa w Wiedniu i Wróblewskiego prof. fizyki w Krakowie.

* **Nekrologija**. W Fryburgu umarł Dr. Aleksander Ecker, tajny radca i profesor anatomii opisowéj w 71 roku życia; w Lipsku Dr. Karol Huber nadzw. profesor anatomii patologicznéj i 1szy asystent przy zakładzie patologicznym; w Wiedniu Dr. Ferdynand Hauska, b. profesor medycyny sądowéj w Akademii józefińskiéj; w Paryżu znakomity chemik Boussingault licząc lat 85; w Chicago prof. neuropatologii Jewell.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani; Krausego: Dwa przypadki cięcia podbrzusznego; Zawiszy: Przypadek długotrwałéj gorączki o typie przepuszczającym (dok.). — W *Medycynie* Nr. 22: Wróblewskiego: Ziarniniak krtani usunięty za pomocą ostréj łyżeczki; Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego. Zeszyt XII. (Odbicie z *Pamiętn. Tow. lek. warsz.*). Warszawa, 1887, in 8vo, str. 30 z tabl. chromolitograf. (Zawiera rozprawę Rosenbuscha i Karlińskiego o badaniu kliniczném kału).

Dr. Jan STELLA-SAWICKI: Pielęgnowanie zdrowia. Lwów, 1887, in 8vo, str. 298. (Książka polecona przez krajową Radę szkolną do biblijotek szkolnych).

Dr. Gustaw FRITSCHE: Sprawozdanie z kolonij letnich w r. 1887, in 12, str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie.

ANNALES de l'institut Pasteur. Publ. par Duclaux. Paris, Masson. L'année Fr. 20.

ARBEITEN aus dem zoologischen Institut zu Graz. 1 Bd. No. 3 u. 4. (S.-A.) M. 2 Taf. u. 5 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 4. 60.

ARBEITEN d. botanischen Instituts in Würzburg. Hrsg. v. J. Sachs. 3. Bd. 3. Hft. gr. 8. M. 14 Holzschn. Leipzig, Engelmann M. 3. 60.

ARNDT u. DOHM, Der Verlauf der Psychosen. Mit 21 Curven-Taf. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 8 bm. o godzinie 6éj **w zakładzie medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém prof. Obaliński przedstawi dwa przypadki wyleczone z wola drogą operacyjną za pomocą różnych metod. 2) Kol. Mars przedstawi preparaty wyjaśniające zachowanie się pochwy podczas ciąży i porodu. 3) Prof. Cybulski dokończy wykładu o hypnotyzmie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Posada lekarza gminnego z płacą roczną 800 złr., oprócz należytości za oględziny umarłych, bydła i mięsa jest do obsadzenia. Miejscowość liczy 7.000 dusz. Znajomość języka kroackiego niewymagana. Bliższych wiadomości udziela E. Koszałek aptekarz w Virje w Kroacyi.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 11 Czerwca 1887. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

I. Przyczynek do kazuistyki polipów spojówki oka.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Polipy należą, jak wiemy, do najłagodniejszych nowotworów spojówki. Godném jest uwagi, że nie wszystkie jéj części są równie często przez nowotwory nawiedzane. Uprzywilejowane miejsce pod tym względem zajmuje rąbek spojówki, w którego okolicy najczęściéj powstają złośliwe nowotwory i ztąd szerzą się ku spojówce lub też ku rogówce. Hasner utrzymuje, że polipy spojówki o wiele są pospolitsze, niżbyśmy wnosić mogli z nielicznych stosunkowo opisów. Pod ogólną nazwą polipów opisują najrozmaitsze utwory, byle szypułkowate; Szokalski jednak (Wykład chorób przyrządu wzrokowego 1870) słuszną robi uwagę, że nazwę polipów najwłaściwiéj byłoby nadać tylko nowotworom, które odpowiadają tak zwanym polipom śluzowatym innych błon śluzowych. W tym razie (*Graefe u. Saemisch Handb. d. gesammt. Augenheilk., Krankh. d. Conjunct.* str. 147) są one miękkie, barwy bladoróżowéj, kształtu najczęściéj gruszki, powierzchnię mają gładką, lub też przedstawiają się jak kalafijor. Co do budowy bynajmniéj się też nie różnią od polipów śluzowatych na innych błonach. Łodygę stanowi zbita tkanka łączna, która wchodząc do istoty polipa rozgałęzia się w luźnéj jego tkance, dopomagając zarazem do utworzenia licznych próżni, ciecz zawierających. Niekiedy znów ilość zbitéj tkanki łącznéj o tyle przeważa, że polipy mają własność włóknistych.

Najobszerniéj o polipach spojówki traktuje Fabre w swéj rozprawie *Des polypes de la conjonctive* (*Thèse. Paris* 1878). Zebrał on uprzednio opisane przypadki w liczbie 14 i dodał 10 nowych. Odróżnia on 2 rodzaje polipów: samodzielnie powstałe i urazowe, te ostatnie zaś powstają bądź w skutek zranienia, bądź też w skutek obecności ciał obcych. Co się tyczy miejsca przyczepienia polipów, to w 3ch przypadkach przyczepiały się one do spojówki w okolicy kąta zewnętrznego oka, w 2 wewnętrznego, w 3 do załamka, w 10 do spojówki chrząstki, w 4 do mięska łzowego i fałdu półksiężycowego, w 2 do spojówki gałkowéj, w 1 do brzegów powiek (w tym przypadku znajdowały się one na obu oczach). Wreszcie w przypadku spostrzeganym w klinice Abadi'ego, wnosząc z opisu, chodziło o narośle powstałe na gruncie zwyrodnienia skrobiowego spojówki. Co do rozmiarów, dochodzić mogą polipy do 1 cm., nawet do wielkości orzecha laskowego. Naczyń krwionośnych zwykle bywa niewiele, wyjątek stanowi tylko przypadek Weckera, w którym krwotoki następowały już po lekkiém dotknięciu polipa. Po usunięciu polipów recydywy nie spostrzegano, wyjątek stanowią tylko 2 przypadki Arlta, w których recydywy następowały wielokrotnie, w jednym przypadku w ciągu 1½, w drugim w ciągu 2 lat. Co się tyczy budowy drobnowidowéj, to może ona być rozmaitą. Badania dokonano tylko w 10 przypadkach. Najczęściéj pod względem budowy polipy przypominały przerosłe brodaweczki spojówki, nadto były tu ziarniniaki, włókniaki lub włókno-mięsaki, w jednym przypadku włókniak torbielowaty, w innym znów nowotwór do chrząstniaka podobny.

Przytoczę teraz 2 własne przypadki.

1. A. P., 45-letni włościanin, w maju roku zeszłego przełażąc w ciemną noc przez płot, uczuł, że go coś silnie ukłuło w prawe oko. Nazajutrz oko było podrażnione, wezwana w celu porady baba spostrzegła cienką bardzo gałązkę w oku utkwioną, lecz nie odważyła się wyciągnąć jéj z oka, z obawy, jak twierdziła, by nie wyciekło. Gałązka pozostawała w oku do połowy lipca, w którym to czasie wyjął ją odważniejszy cyrulik. Jakkolwiek podrażnienie znacznie się zmniejszyło, jednakże nie ustąpiło zupełnie, w parę zaś miesięcy późniéj P. dostrzegł, że od czasu do czasu prawe oko zalegała „skórka," która mu przedmioty zakrywała. Widziałem chorego po raz pierwszy w grudniu r. z. Powieki były prawidłowe, w kącie wewnętrznym oka dość obfita wydzielina, spojówka powłok i załamków przekrwiona, na rogówce

ku górze i ku wewnątrz rana przybłonkowa wielkości 1 mm., obok któréj brzegu znajdujemy 3 drobne naczynia. Gdy chory oko ku górze zwróci, łatwo się przekonać, że górną połowę rogówki przykrywa jakby płaski miękki grzybek, mający średnicy około 3 mm., barwy blado-różowéj a osadzony na szypułce grubości zaledwie 0,5 mm., która to szypułka przyczepia się do załamka w odległości 4 mm. od górnego punkcika łzowego. Ująwszy grzybek za pomocą szczypczyków, odciąłem go nożyczkami (krwotok był nieznaczny), obnażone zaś miejsce przyżegałem przez 3 dni złagodzonym kamieniem piekielnym.

Badanie drobnowidowe wykazało w szypułce polipa 3 cienkie naczynia krwionośne, z których każde, po wejściu do istoty polipa dzieli się niezwłocznie na wiele drobnych gałęzi, tak, iż w końcu powstaje siatka naczyń krwionośnych włosowatych o szerokich pętlach. Dokoła naczyń znajduje się luźna tkanka łączna, bliżéj zaś powierzchni polipa tkanka gruczołowata. Przybłonek wielowarstwowy stanowi ciąg dalszy przybłonka spojówki, komórki głębokiéj warstwy mają kształt sześcienny, powierzchowne zaś są zupełnie płaskie.

2. Drugi przypadek naprzód z tego względu zasługuje na uwagę, że polip był przyczepiony do samego rąbka spojówkowego. Coś podobnego miało miejsce w pierwszym przypadku Fabre'a, (l. c. str. 8), tylko tam polip rozwinął się po operacyi zezowatości. Starozakonny J. N. z Podola, 38-letni, przed trzema laty spostrzegł „czerwone skałki" w kątach wewnętrznych, „bielma na źrenicach" zauważył przed rokiem. Były to mięsiste skrzydliki w obu oczach, ku wewnątrz położone. Na prawém oku ostry wierzchołek skrzydlika zajmował tylko 1 mm. kwadratowy powierzchni rogówki, na lewém dzielił się on na troje i zajmował część powierzchni rogówki, mającą szerokości 3 mm., wysokości około 4 mm. W miejscu rąbka spojówki, odpowiadającém górnemu brzegowi wierzchołka skrzydła, przyczepia się za pomocą szypułki, mającéj niespełna 0,5 mm. grubości, polip kształtu gruszki. Długość jego wynosi 8 mm., grubość nieopodal końca dolnego około 3 mm. Tak więc przykrywa on część skrzydlika, dzieląc go jakby na 2 części, rogówkową (wierzchołek) i spojówkową. Barwa polipa różowo żółta, jest on miękki, przy ruchach gałki zmienia ciągle swoje położenie. Rzeczą godną jest uwagi, że mimo tak znacznych rozmiarów nowotworu podrażnienie oka wcale znaczném nie było.

Skrzydlik odsunąłem następnie ku mięsku łzowemu, równocześnie wyciąłem polipa. Gdy doszedłem do miejsca przyczepienia polipa, chcąc przeciąć szypułkę jak najgłębiéj, obawiając się zaś oderwać ją bądź od polipa, bądź też od podstawy, odciągnąłem, o ile to możebném było, od gałki otaczające szypułkę części skrzydlika i dopiero wtedy osobno przeciąłem szypułkę razem z tkanką otaczającą. Krwotok wcale nie był obfity. Ze względu na znaczną szerokość wierzchołka skrzydlika, wykonałem po obu stronach cięcia boczne, brzegi zaś spojówki zbliżyłem za pomocą trzech jedwabnych szwów. Rana zagoiła się zupełnie prawidłowo przez zrośnienie doraźne. Po upływie 2 tygodni spojówka zupełnie zbladła, na rogówce pozostało bardzo nieznaczne zamglenie obwodowe.

Badanie drobnowidowe wyciętego polipu wykazało: Jest on kształtu gruszki, zupełnie miękki, przybłonek ze skrzydlika przechodzi na niego bezpośrednio, bynajmniéj nie zmieniając swych cech właściwych. Komórki warstw głębokich były też stożkowate, średnich warstw najpierw okrągłe, późniéj zupełnie płaskie, wreszcie komórki najbardziéj zewnętrznych warstw częstokroć były jakby zrogowiałe, przypominały zatém raczéj przyskórek. Bezpośrednio pod przybłonkiem znajdowała się luźna tkanka łączna, zawierająca komórki płaskie i bardziéj obfitująca w okrągłe, głębiéj zaś nieco warstwa naczyń przeważnie grubych i o grubych ścianach. W środku polipa znajdował się obszerny torbiel, bez żadnéj zgoła treści. Ścianę jego wyścielał przybłonek wielowarstwowy. Głęboką warstwę przybłonka stanowiły komórki płaskie, daléj ku zewnątrz okrągłe, a wreszcie stożkowate. Przez szyjkę polipa wchodziły dość grube naczynia krwionośne i pnie nerwowe.

Ku wewnątrz od warstwy naczyń luźna tkanka łączna naczyń wcale prawie nie zawierała, w tkance jéj było jednak komórek okrągłych znacznie mniéj niż pod przybłonkiem zewnętrznéj powierzchni polipa. Daléj ku wewnątrz, ku ścianie torbiela środkowego, tkanka łączna znów bardziéj obfitowała w komórki okrągłe. Niedość na tém: pomiędzy zewnętrzną powłoką a torbielem środkowym w ścianie polipa znajdowały się liczne drobniejsze torbiele, które właściwie stanowiły raczéj przerwy w tkance, ściany też ich wyścielał tylko śródbłonek (patrz rysunek).



W jaki sposób mógł powstać torbiel środkowy? Badając wszystkie przekroje z polipa otrzymane, na wielu z nich widziałem, że przybłonek torbiela tworzył ku górze jakby czopek, który wchodził do saméj szyjki polipa. Widzieliśmy więc tu mniéj lub więcéj to samo, co spostrzegamy po wgłobieniu blaszki rogowéj przy rozwoju soczewki oka u zapłodka. Przypuszczam więc że i torbiel powstał w ten sam sposób, w jaki powstaje pęcherzyk soczewkowy u zapłodka, mianowicie, że przybłonek został wgłobiony do środka polipa, czego zresztą dowodzi już samo ułożenie jego warstw.

II. W sprawie techniki operacyjnéj przy bocznéj faryngotomii celem wydobycia nowotworów migdałka.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

W obec faktu, że resekcyje połyku celem usunięcia nowotworów tamże usadowionych należą jeszcze do rzadko-

ści, dalej, że metody do tego używane jeszcze nie są zupełnie ustalone, gdyż prawie każdy z dotychczas operujących postępował według swojej lub przynajmniej przez siebie zmodyfikowanej metody, uważam każdy przyczynek na tem polu za nader ważną zdobycz i z tego powodu pozwalam sobie i mój przypadek, jakkolwiek odosobniony, podać do publicznej wiadomości a to tembardziej, ile że on daje mi sposobność do poczynienia uwag nad dotychczasowemi metodami.

Franciszek Wójcik lat 49 liczący wieśniak z okolic Proszowic zgłosił się z końcem marca b. r. do Dra. Pieniążka, docenta laryngologii, celem zasięgnięcia porady z powodu choroby gardła trwającej już od kilku miesięcy a objawiającej się pełnością w gardle i bardzo przykrą dusznością, osobliwie podczas snu, który z tego powodu już od kilku tygodni zaledwie chwilami może przyjść do skutku; łykanie odbywa się według podania dobrze. Kol. Pieniążek skonstatowawszy za pomocą laryngoskopu, że guz, który wolnem okiem spostrzedz się dawał między łukami strony prawej, sięga w dół aż do nagłośni i fałdu nagłośnio-nalewkowego, skutkiem czego nagłośnia zbacza w lewo i jest podkowiasto wygiętą, uważał guz ten za nowotwór złośliwy a mianowicie za mięsak i przyprowadził tego chorego do mnie celem wspólnej narady, czy guz ten nie da się usunąć jeszcze drogą operacyjną. Stwierdziwszy w gardle stan dopiero co opisany a nadto i tę okoliczność, że kilka gruczołów limfatycznych okazało się na szyi pod prawym kątem szczęki dolnej znacznie powiększonych, skłaniałem się więcej do rozpoznania raka w migdałku, lecz zarazem oświadczyłem gotowość usunięcia go za pomocą operacyi, na którą pacyjent z wielką zgodził się ochotą.

Nim przystąpiłem do rękoczynu, wypadało mi się rozpatrzeć w metodach, które dotąd w tym celu były używane. Tu przedstawił mi się następujący wybór:

1) Dawniejsze cięcie Langenbecka, t. j. od kąta ust ukośnie przez szczękę w tył i ku dołowi aż do wysokości chrząstki tarczykowej, naturalnie z przepiłowaniem szczęki dolnej. To cięcie mi nie odpowiadało z powodu, że przez nie otwiera się jamę ust, którą pragnąłem ile możności oszczędzić.

2) Późniejsze cięcie Langenbecka czyli właściwe faryngotomijne: od połowy trzonu szczęki dolnej w koło rożka gnyku a następnie wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy aż do wysokości chrząstki obrączkowej. I to cięcie nie odpowiadało wymaganiom także z powodu otwarcia jamy ustnej.

3) Cięcie Gussenbauera wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy od wyrostka sutkowego aż do pierwszych pierścieni tchawicowych wydało mi się tutaj nie wystarczającem, gdyż ono odsłania przeważnie dolną połowę połyku.

Po wykluczeniu tych trzech cięć pozostały mi do rozporządzenia jeszcze dwa a mianowicie 4) cięcie Kochera, które jest właściwie połączeniem cięcia drugiego Langenbecka z cięciem Gussenbauera i równie ma tę wadę, iż trzeba przy niem otworzyć jamę ust; nareszcie 5) cięcie Mikulicza które ma zaletę wspólną z cięciem Gussenbauera, t. j. że przy niem nie otwieramy jamy ustnej, a nadto tę korzyść, że przez przepiłowanie szczęki tuż po nad kątem jej i wyłuszczenie części stawowej tejże otrzymujemy znakomity przystęp do jamy połyku.

Gdyby nie ta ostatnia okoliczność, byłbym się bezwarunkowo oświadczył za tem ostatniem cięciem, lecz powody, dla których Mikulicz dodał wyłuszczenie przepiłowanej gałęzi szczęki dolnej, a mianowicie, aby w razie rozszerzania się nowotworu ku górze i konieczności wyjęcia części sąsiadujących ze stawem dolnoszczękowym zapobiedz możliwemu zesztywnieniu tegoż stawu, nie bardzo mi trafiły do przekonania i wątpię, czy który z chirurgów przyjmie tę metodę. Zdawało mi się bowiem, że wszystkie korzyści tej metody dadzą się osiągnąć w inny sposób z pominięciem tej zdaniem mojem znacznej niekorzyści, t. j. wyłuszczenia gałęzi szczęki dolnej. Kazuistyka dotychczasowa Kochera i Genzmera poucza nas, że wyjęcie bardzo rozległych, na łuki i korzeń języka rozszerzonych nowotworów migdałka nie pociągnęło za sobą zesztywnienia stawu dolnoszczękowego; a gdyby to w którym przypadku rzeczywiście zagrażało, to założenie sztucznego stawu w miejscu przepiłowania zapobiegłoby snadnie złemu, jak ono zapobiega w przypadkach sztywności tegoż stawu z innych przyczyn wynikłej.

Dlatego też obmyśliłem sobie sposób postępowania łączący w sobie wszystkie korzyści metody Kochera i Mikulicza a zarazem usuwający tychże niekorzyści. Od Kochera zapożyczyłem się co do cięcia kątowatego, gdyż ono wydało mi się najpraktyczniejszem, tylko przeniosłem kąt rany nieco wyżej tak, aby przepiłowanie szczęki odbyło się w miejscu przez Mikulicza wskazanem, t. j. na 1 ctm. powyżej kąta szczęki dolnej. Tym sposobem można operować spokojnie i swobodnie bez otwarcia jamy ust, otwiera się jamę połyku na samym końcu a zatem uniknąć można tracheotomii i tamponady tchawicy a mimo to zeszyć można napowrót przepiłowane połowy szczęki dolnej szwem srebrnym. Obawy Mikulicza co do niezrastania się równego szczęki zdawały mi się płonnemi w obec faktu, że przepiłowujemy szczękę tuż po nad kątem, przez co sprawiamy, że każda część przepiłowana zaopatrzoną jest w silny mięsień do żwania przeznaczony, jedna bowiem unoszoną będzie przez żwacz a druga przez mięsień skroniowy, co zapobieże rozchodzeniu się przepiłowanych a następnie zeszytych połów.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te korzyści otrzymamy także cięciem podanem przez Mikulicza, jeżeli w metodzie jego wyrzucimy tylko wyłuszczenie gałęzi dolnoszczękowej a natomiast dodamy zeszycie kości przepiłowanych i początkowo tak postąpić zamierzałem, lecz wolałem dodać do podłużnego cięcia wzdłuż przedniego brzegu schylacza wykonanego drugie od kąta szczęki dolnej ku niemu prostopadle zchodzące, raz, żeby módz dobrze hakami przepiłowane kości rozsunąć i przystęp do połyku sobie ułatwić a powtóre, aby jak najmniej części miękkie do około przepiłować się mającego miejsca rozciągać a przez to nieudanie się rychłozrostu wykluczyć.

Czy metoda ta teoretycznie pomyślana sprawdziła się w praktyce, niech rozstrzygnie dalszy przebieg.

W dniu 1-go kwietnia b. r. przystąpiłem przy współudziale Doc. Dra. Pieniążka i Drów Mężyka, Dobruchowskiego, Szymańskiego, Sroczyńskiego i Doktoranda K. Merhauta z Pragi do operacyi, którą rozpocząłem od narkozy zwykłą drogą, gdy jednak pacyjent zaraz przy pierwszych objawach uśpienia zaczął się w przerażający sposób zaduszać i to jeszcze w wyższym stopniu niż w śnie zwyczajnym, zmuszony byłem wykonać tracheotomiję i tą drogą do skutku doprowadzić narkozę; przy tej sposobności zastrzegam się najwyraźniej, że tracheotomija tym razem wywołaną była tylko wielkością i szczególnej-

szem położeniem nowotworu. Następnie wykonałem cięcie wzdłuż przedniego brzegu m. schylacza głowy od wyrostka sutkowego aż do wysokości chrząstki obrączkowej, dostałem się tędy do wielkich naczyń szyjnych, które odsunąłem hakiem na zewnątrz a wyłuszczywszy kilka gruzołów naciekłych wielkości jaja gołębiego i większych, podwiązałem tętnice językową i dolnoszczękową a w końcu przeciąłem mięśnie dwubrzuszny i rylcognykowy. Teraz poprowadziłem cięcie drugie pod kątem począwszy od zetknięcia się górnéj $^1/_3$ ze średnią cięcia poprzedniego ku kątowi szczęki dolnéj, którą odsłoniwszy z części miękkich przepiłowałem tuż po nad uczepieniem m. żwacza nie otwierając wcale jamy ust. Po rozciągnięciu hakami obu połów przepiłowanéj szczęki i obu brzegów pierwszéj rany odsłoniłem sobie najdokładniéj boczną ścianę połyku a zarazem i tkwiący w niéj obrzęk twardy wielkości jaja gęsiego. Aby go lepiéj uwydatnić wypchał go kol. Pieniążek wprowadzonym przez jamę ust palcem wskazującym, poczem z łatwością go okroiłem i wydobyłem. Krwotok był w całości bardzo mały a do połyku dostało się zaledwie parę kropel. Przepiłowaną szczękę zespoiłem dwoma drutami srebrnemi a pokrywającą ją ranę poprzeczną trzema szwami węzełkowemi, zaś ranę podłużną zostawiłem niezeszytą, wprowadziłem przez nią dren grubości palca i tak długi, że jednym końcem leżał w żołądku a drugim sterczał za uchem a zresztą wytamponowałem ją 20% gazą jodoformową. W ciągu całéj operacyi, która z powodu trudności przy wyłuszczaniu naciekłych licznych gruczołów trwała przeszło półtoréj godziny, spał chory doskonale pod wpływem chloroformu wprowadzonego przez kaniulę.

Z przebiegu dalszego mam do zanotowania, że kaniulę zostawiono w tchawicy przez dni sześć, że odżywianie płynami za pomocą drenu wprowadzonego przez ranę do żołądka, odbywało się przez dni dziesięć, poczem chory zaczął się odżywiać drogą naturalną pomimo, że początkowo część pokarmów wydobywała się na zewnątrz raną, która przy tamponadzie gazą jodoformową szybko wypełniała się ziarniną i tak się zmniejszała, iż chory mógł po pięciu tygodniach jako zupełnie wyleczony i z dobrze utrzymaną funkcyją szczęki dolnéj zakład opuścić.

Tak więc przypadek ten stwierdził moje przypuszczenia teoretyczne, t. j. że cięciem w powyższy sposób wykonanem dostać się możemy wygodnie do górnych części połyku celem wycięcia z niego nowotworu, że odbyć się to może bez równoczesnego otwarcia jamy ust a w danym razie i bez otwarcia dróg oddechowych a w końcu, że w ten sposób przepiłowana szczęka dolna zrasta się szybko i bez narażenia swéj funkcyi.

Dlatego też śmiało polecić mogę szanownym kolegom kątowate cięcie według mojego podania jako najodpowiedniejsze do otwarcia a właściwie resekcyi połyku w górnéj jego części przyznając zarazem, że w razie równoczesnego zajęcia przez nowotwór dna jamy ustnéj najlepszem będzie drugie czyli faryngotomijne cięcie Langenbecka, zaś do wydobycia nowotworów umieszczonych w dolnych częściach połyku wystarczy cięcie Gussenbauera.

W końcu dodać winieniem, że badanie drobnowidowe wykazało w wydobytym guzie utkanie mięsakowe (*sarkoma parvicellulare*), co także należy do rzadkości, gdyż migdałki przeważnie ulegają zwyrodnieniu rakowatemu. Przed operacyją przemawiała wielkość guza za mięsakiem, lecz licznie zajęte gruczoły limfatyczne kazały nam raczéj rozpoznawać zwyrodnienie rakowe.

III. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Nareszcie muszę jeszcze wspomnieć o jedném doświadczeniu, które wykonano w sposób następujący: Na trzech kartkach, osoba trzecia napisała, co p. K. miał wykonać w stanie pohypnotycznym, przytém K. miał wybrać sam tylko jednę z tych kartek tak, że ani ja, ani ta trzecia osoba nie wiedzieliśmy, co właściwie miał hypnotyk wykonać. Hypnotyk wybrał propozycyję, że po obudzeniu się ma włożyć futro jednéj z obecnych osób, znajdujące się w przedpokoju, wejść w futrze do pokoju, w którym się znajdował posąg Światowida, pocałować go i przed nim mieć wykład o krążeniu krwi. P. K. nietylko wykonał wszystkie te czynności, lecz, co najbardziéj jest charakterystyczne, że prawie przez dziesięć minut mówił o prawach krążenia cieczy w rurach zupełnie logicznie i dokładnie i że po obudzeniu zupełném oświadczył, iż odczytu tego zupełnie nie układał, to jest, nie myślał o tém co i jak ma mówić, lecz myślał tylko, że ma mówić o krążeniu krwi. Podobne doświadczenia z samopoddawaniem udały się także u drugiego hypnotyka p. M., który w skutek samopoddawania wywoływał u siebie halucynacyje.

Z przytoczonych doświadczeń widzimy, że nietylko myśl hypnotyka o pewnéj rzeczy, powzięcia pewnego zamiaru, może wywołać pewne zmiany w zachowaniu się jego w stanie hypnotycznym lub pohypnotycznym, lecz że na to mogą wpłynąć także i poprzednio zdobyte przez hypnotyka wiadomości, jeżeli one są skojarzone z czynnością zamierzoną, jakto np. było podczas wykładu p. K. o krążeniu krwi.

Podobne znaczenie ma wychowanie hypnotyczne i imitacyja. Binet i Féret [30]) podali szereg doświadczeń, w których magnes wywoływał u hypnotyków transfert, t. j. przenoszenie się z jednéj połowy ciała na drugą skurczów, porażeń, znieczulenia, halucynacyj węchu, słuchu, wzroku, smaku, dotyku, letargu i katalepsyi. Jakkolwiek sama metoda doświadczeń i oświadczenie autorów, że siła magnesu a nawet jego odległość nie ma wpływu na wynik badania, już z góry budzą pewną wątpliwość co do przyczyny obserwowanych zjawisk, to jednak istnieje w Paryżu cała szkoła, która przyznaje rzeczywistość wpływu magnesu. Bernheim (l. c. 97) powtarzając te doświadczenia w Nancy z początku nie mógł stwierdzić najmniejszego objawu działania magnesu, lecz gdy pewnego razu poddał hypnotyczce w stanie hypnotycznym, iż kontraktura jednéj ręki ma się pod wpływem magnesu przenieść na drugą, od tego czasu wszystkie doświadczenia z transfertem poczęły się udawać nietylko u téj choréj, lecz i u innych, które przy tych doświadczeniach były obecne, przytém można było wywołać transfert nietylko z ręki na rękę, lecz również i z ręki na nogę i z nogi na rękę. Ten sam wynik otrzymał Bernheim i przy badaniu w stanie hypnotycznym lokalizacyi czynności mózgowych. Niektórzy bowiem autorowie dowodzili, iż naciskanie ręką tych lub owych części czaszki wywołuje porażenie téj części mózgu, która leży pod miejscem ucisku. W ten sposób naciskając w okolicy czołowéj prawéj lub lewej można wywołać porażenie górnych lub dolnych odnóg, jakoby w skutek porażenia ośrodków psychomotorycznych. Naciskając zaś w okolicy le-

wego dolnego czołowego zwoju można wywołać afazyję. Doświadczenia tegoż samego Bernheima wykazały, że i tu rzecz się ma tak samo jak i przy transfercie. Jeżeli badany sam wie, co ma nastąpić lub widzi przedtém, co występuje u innych przy pewnych manipulacyjach hypnotyzera, to wypadek bywa dodatni, w przeciwnym zaś razie zawsze ujemny. Daléj Binet i Féret podają, jakoby obraz wywołany w skutek poddanéj halucynacyi, przypuśćmy obraz nieistniejącéj świecy na stole, zachowuje się optycznie względem oka hypnotyka zupełnie tak samo jak przedmiot realny, t. j. może być zwiększany i zmniejszany za pomocą soczewek, podwajany lub odchylony za pomocą pryzmatu itd. Prócz tego ciż sami autorowie dowodzą, że jeżeli na krążku białym, który może się obracać około pionowéj osi, poddaje się na pewnych odcinkach barwy dopełniające, to podczas obracania się tego krążka hypnotyk otrzymuje wrażenie barwy złożonéj.

Bernheim powtarzając te doświadczenia wykazał, że zjawiska te są również wynikiem poddawania albo samopoddawania, przyczém stwierdził rzeczywiście zadziwiającą pod tym względem zdolność wnioskowania u hypnotyków. Dla doświadczeń pierwszéj kategoryi urządzono dwie lunety zupełnie jednakie, z których jedna dawała możność widzenia przedmiotów tylko pojedynczo, druga podwójnie lub poczwórnie. Już podczas pierwszych doświadczeń B. zauważył, że hypnotycy nie zawsze zgadywali, chociaż w ogóle, jeżeli obraz poddany miał być widziany w pokoju, bardzo często przez pierwszą lunetę widzieli pojedynczo, przez drugą podwójnie lub poczwórnie i nawet wtedy, gdy obraz poddany miał być widziany na ścianie jednostajnie zabarwionéj. Jeżeli jednak obraz poddany miał być widziany nie w pokoju lecz wprost w przestrzeni, np. wysoko w powietrzu balon, to hypnotycy zawsze (przez obie rury) widzieli ten obraz pojedynczo. Oczywiście więc, że obrazy przedmiotów realnych znajdujących się w pokoju, lub prawie niewidzialne znaki na ścianie, które musiały być widziane podwójnie lub poczwórnie, kojarzyły się z obrazem poddanym i dawały możność hypnotykom wnioskowania o tém, jak ma być widziany ten ostatni. Ten sam wypadek otrzymał Bernheim i pod względem barw złożonych. Oczywista więc, że inercyja i obojętność hypnotyków jest tylko pozorną, w rzeczywistości zaś pomimo braku świadomości, mózg jest bardzo wrażliwym i czułym; hypnotyk jest czasem do zadziwienia pojętny i uważny i zdola wysnuć wniosek prawdziwy z najdrobniejszych szczegółów, które odczuwa.

Ta zdolność hypnotyków do oryjentowania się nieświadomego, do imitacyi i samopoddawania tłumaczy, w jaki sposób powstały dwie sprzeczne z sobą szkoły, jakiemi są szkoła w Nancy i w Paryżu. Podług Delbeufa [31]) hypnotycy Donata nie mogli być zaliczeni do żadnéj z tych szkół, ponieważ pod pewnemi względami różnili się od hypnotyków jednéj i drugiéj. Te różnice oczywiście powstały mimowoli i świadomości hypnotyzerów w ten sposób, że hypnotyzerowie już przy pierwszych doświadczeniach wytwarzali sobie pewne zdanie o zjawiskach i oczywiście przy dalszych doświadczeniach na tych samych hypnotykach i na innych dążyli do potwierdzenia swych przypuszczeń i w skutek tego mimowoli nadawali swym badaniom ten lub inny kierunek. Pierwsi hypnotycy będąc pod wpływem tych wyobrażeń swych hypnotyzerów mniéj lub więcéj się przystosowywali a następnie byli modlą dla innych osób, które ich widziały i słyszały. Ten wpływ jednych hypnotyków na drugich Delbeuf stwierdził doświadczalnie. Pod tym względem p. Ochorowicz [32]) ma zupełną słuszność, gdy twierdzi, że uczeni hypnotyzerowie eksperymentując na osobach bardzo czułych zaszczepiają im swoje teoryje, wiadomości, obawy a nawet przypuszczenia i w ten sposób podziwiają samych siebie sądząc, że robią odkrycia. Tylko więc pierwsze objawy i tylko u osób, które nigdy nie słyszały o zjawiskach hypnotycznych, można uważać za objawy właściwe téj lub innéj osobie i jéj indywidualności moralnéj lub fizycznéj, następnie zaś wszystkie objawy mogą zależeć od najrozmaitszych wpływów. Z tém zdaniem zgodzi się każdy, ktokolwiek miał możność hypnotyzowania osób z niższych warstw społeczeństwa, np. wieśniaków, wśród których łatwo znaleźć osoby hypnotyzujące się; człowiek taki usypia zwykle jakby snem zwyczajnym i podczas pierwszych doświadczeń nie udaje się otrzymać żadnych innych objawów, nawet np. tężca; tylko w miarę powtarzania hypnotyzowania i wywoływania tego lub innego zjawiska hypnotyk uczy się przystósowywać do woli hypnotyzera, mózg jego się kształci pod tym względem i w ostatecznym wyniku można otrzymać bardzo, (jak się wyrażają), dobre medium; lecz przy doświadczeniach z takiemi osobami często braknie cierpliwości, tak trudno wywołać te pierwsze pożądane dla hypnotyzera zjawiska, czasem się nawet nie udają, pomimo, że sen wywołany jest dość głęboki, osobliwie, jeśli człowiek badany umysłowo nie jest rozwinięty. Na te fakty zwyczajnie bardzo mało zwracają uwagi, fakty te jednak świadczą, że wszystkie zjawiska otrzymane w śnie hypnotycznym są nietylko skutkiem wpływów już w stanie hypnotycznym działających, lecz i nawet głównie poprzedzającego przygotowania, pewnéj inteligencyi, jedném słowem, pewnego wykształcenia mózgu.

Chcąc zbadać zmiany cielesne i umysłowe czynności w stanie hypnotycznym, a także zmiany tychże czynności w skutek rozmaitych wpływów zewnętrznych, musimy zawsze mieć na względzie przytoczone wyżéj fakty. Dotychczas jednak prawie we wszystkich badaniach hypnotycznych fakty te w ogóle bardzo mało uwzględniano, w skutek czego na podstawie istniejących w literaturze danych bardzo trudno podać dokładny obraz tych zmian. Prawie w każdéj kwestyi napotykamy pewne sprzeczności, w których źródło tkwi w tém, że autorowie mimowoli podawali fałszywie zależność pewnych skutków od przyczyn. Jakkolwiek więc tych zmian nie można uważać za cechy stanu hypnotycznego, to jednak zestawienie ich może posłużyć, do pewnego stopnia, do wyjaśnienia, co jest właściwą cechą tego stanu i dla tego musimy się zatrzymać przynajmniéj nad niektóremi z nich. Zacznijmy od zmian w narządzie krwionośnym. Podług Braida [33]) towarzyszy powstaniu snu hypnotycznego zwolnienie tętna. Jeżeli przytém wywoła się tężec, to tętno się przyspiesza do takiego stopnia że czasem może się nawet podwajać, przytém staje się małém. Podług Saint Martina tętno i oddychanie się przyspiesza, parcie się obniża, pot wydziela się. Podobne zmiany w tętnie i oddychaniu obserwował również i Heidenhain. Tamburini, Seppili badając hypnotyków za pomocą pletysmografu, spostrzegli że oddychanie staje się nierówne, tętno się przyspiesza; Hack-Tuke spostrzegł przyspieszenie tętna u jednego hypnotyka i żadnych zmian u innych. Beaunis wybitnych zmian w stanie hypnotycznym nie spostrzegł; z podanych jednak liczb można wnosić, że było małe przyspieszenie. Oprócz tego Beaunis starał się zbadać zmiany w tętnie w skutek poddawania i zauważył, że poddając zahypnotyzowanéj osobie, że w danéj chwili tętno w tym lub owym kierunku się zmieni, można rzeczywiście wywołać zmianę, t. j.

przyspieszenie lub zwolnienie. Przytoczę jeden przykład: Eliza F. chora aptekarza Focachon z Charmes, lat 48, przez lat 15 miewała napady histero-epileptyczne, 1—5 razy na miesiąc, uleczona przez tegoż Focachona hypnotyzmem, bardzo czuła na poddawanie, tętno prawidłowe 96°; uśpiona — tętno, charakterystyczne dla wielkiego parcia, 98·5; poddano, iż ma nastąpić zwolnienie, tętno 92·4 nieregularne, arytmia; poddano powrót do stanu prawidłowego: 102. Poddano przyspieszenie: 115.

Zmian w naczyniach podczas snu hypnotycznego widocznych nie ma. Często występuje lekkie zwężenie naczyń w skórze twarzy, w skutek czego cera staje się bledszą. Lecz, jak podają rozmaici autorowie, w skutek poddawania można wywołać miejscowe zmiany nietylko światła naczyń, lecz i czynności troficznych. Beaunis właśnie podaje, że oznaczając na têm lub owêm miejscu skóry pewną przestrzeń i poddając, że na téj przestrzeni wystąpi zaczerwienienie, udało mu się wywołać plamę czerwoną, która zjawiła się w 10 minut po obudzeniu i po 15 minutach znikła; w podobny sposób Dumont Peiller [34]) stwierdził tylko podniesienie się ciepłoty na oznaczonêm miejscu; Buroti Bourru [35]) obserwowali u pewnego histero-epileptyka nawet krwawienie z nosa, w skutek poddawania, a mianowicie choremu w stanie hypnotycznym poddano, iż wieczorem ma pójść do gabinetu, siąść na fotelu, skrzyżować ręce na piersiach i że przytêm nastąpi krwawienie z nosa. Chory to wszystko wykonał i gdy przez jakiś czas siedział spokojnie, ujrzano kilka kropel krwi. Drugim razem u tego samego chorego narysował na przedramieniu *avec l'extrémité mousse d'un stylet de trousse* jego nazwisko i poddał, iż w têm miejscu wystąpią czerwone linije, które utworzą pewną wyniosłość i że w końcu wystąpi krew. Rzeczywiście po niejakim czasie po obudzeniu wystąpiły czerwone wyniosłe linije tak, że można było przeczytać nazwisko, a potêm pokazało się kilka kropel krwi. Podobne zjawiska obserwował Dr. Mabille [36]), a nawet miał chorą, która przez samopoddawanie mogła wywoływać u siebie krwawe plamy z wynaczynieniami (cud Ludwiki Lateau). Dumontpallier podaje, że w podobny sposób u histeryczek przez poddawanie udawało mu się wywołać przekrwienie miejscowe i podniesienie ciepłoty o kilka stopni. Bourru i Burot wywoływali także krwawy pot. Wszystkie jednak te fakty można uważać za wyjątkowe i dotychczas trudno powiedzieć, czy stan hypnotyczny miał pod tym względem jaki wpływ, gdyż wszystkie osoby, z któremi powyższe doświadczenia wykonywano, były histeryczne; przytêm autorowie nie podają, czy te same doświadczenia czynili w stanie czuwania. Bernheim, który obserwował znaczną ilość, bo tysiące osób w stanie hypnotycznym, zjawisk tych wywołać nie zdołał. U moich hypnotyków pomimo kilkakrotnego poddawania zmian tych również wywołać nie udawało mi się, jakkolwiek Beaunis dowodzi, że jemu się udawało spostrzegać przekrwienia i zaczerwienienia skóry, które trwały do 48 godzin.

Oprócz zmian w naczyniach Beaunis podaje, że u téj saméj Elizy, choréj aptekarza Focachon, udało się przez poddawanie wywołać pryszcze i pęcherze na skórze z następowêm ropieniem, jakie występuje po użyciu pryszczawki. Doświadczenia te, pomimo, że były kilkakrotnie powtarzane, nie budzą jednak zaufania, gdyż zmiany wyżéj podane właściwie nie występowały żadnym razem w obecności Liébeaulta i Bernheima, ale dopiero na drugi dzień lub po wyjeździe choréj z Nancy razem z Focachonem, który następnego dnia zawiadamiał ich telegraficznie. Przytêm używano dla oznaczenia miejsca, na którêm pryszcze miały wystąpić, marek pocztowych i plastru dyjachilowego, które w obec wrażliwości skóry, jaką musiała posiadać chora, mogły łatwo wywołać miejscowe zadrażnienie. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

T. Gaillard Thomas (New York): **Laparotomija jako środek pomocniczy przy rozpoznaniu.**

Na podstawie doświadczenia zrobionego na blisko 800 przypadkach laparotomij, wykonanych z różnych przyczyn w przeciągu 23 lat, nabył autor przeświadczenia, że otwarcie jamy brzusznéj będzie w przyszłości postępowaniem typowêm w następujących przypadkach o nie zupełnie jasnéj etyjologii, usuwających się z pod leczenia lekarskiego. 1) Przy ranach i uszkodzeniach trzew brzusznych, 2) przy zatkaniu kiszek, 3) przy obecności kamyków w pęcherzyku żółciowym i nerkach, 4) przy nagromadzeniu się krwi, ropy lub treści surowiczéj w jamie brzusznéj, 5) przy obecności nowotworu w jakiejkolwiek części jamy brzusznéj, 6) przy obecności znacznych zmian organicznych w pewnych trzewach brzucha (nerkach, macicy, trąbkach Fallopa, jajnikach, śledzionie), 7) przy ciąży w miejscu nieprawidłowêm. Przytoczywszy przypadki, w których zaniechanie zabiegu wpłynęło niekorzystnie i znowu odwrotnie przypadki, w których z laparotomii odniósł korzyści, podnosi autor osobliwie ważność laparotomii w pewnych postaciach puchliny brzusznéj *(ascites)* u kobiet, wywołanéj obecnością małych nie dających się poznać nowotworów jamy brzusznéj. Obrzęki te nie przenoszą wielkością małych jabłek i dają się tylko przy bardzo biegłêm badaniu rozpoznać. U kobiet zażywnych a nawet u szczupłych przy bardzo znacznéj puchlinie nawet mistrze w rozpoznaniu pomylić się mogą. Dla czego u jednych małe te nowotwory wywołują puchlinę, podczas gdy u innych nic zdradzają latami swéj obecności, trudno na razie rozstrzygnąć. W przypadkach puchliny brzusznéj u kobiet należy przystąpić do dokładnego zbadania co do obecności opisanych guzów, zanim chora podda się jakiejkolwiek punkcyi, gdyż probiercza laparotomija jedynie może dać gwarancyję wyleczenia nawet w przypadkach, w których jajników albo trąbek usunąć nie można, lecz pozostawić je trzeba w jamie brzusznéj. Antyseptyki należy ściśle przestrzegać, operacyję wykonać w dokładnéj narkozie chloroformowéj. Cięcie powinno być dostatecznêm do wprowadzenia całéj ręki operującego do jamy brzusznéj; cięcie pozwalające wprowadzić tylko 2 palce jest niedostatecznêm; operator nie powinien nigdy zezwolić na wprowadzenie ręki 2éj osobie. Operacyi nie należy wykonywać z wielkim pośpiechem, ani też nie powinna ona trwać za długo. (*Annales of Surgery* February, 1887). *Dr. Bar*ą*cz.*

Ludwik Weiss (New York): **Leczenie poronne zapalenia tkanki podskórnéj osobliwie palców przez wszczepienie resorcyny.**

Autor użył resorcyny naskórnie podług metody Andeera z Mnichowa w postaci maści przy czyrakach z różnym skutkiem. W przypadkach, w których czopek nekrotyczny był bliskim oddzielenia się, resorcyna miała przyspieszyć to oddzielenie się. Z doświadczenia tego powziął wniosek, że w razie możności wprowadzenia resorcyny w samo ognisko zakażenia nietylko możnaby zarazek zniszczyć miejscowo,

lecz przez wessanie resorcyny przez naczynia chłonne możnaby wpłynąć na zniszczenie zarazka i zapobiedz zabiegom chirurgicznym. Wypróbował on najpierw działanie resorcyny u 3 lekarzy dotkniętych zapaleniem tkanki podskórnéj palców w samym początku cierpienia a osiągnąwszy dobry skutek użył jéj skutecznie i u innych chorych. Chłonienie resorcyny na brzuscach palców jest utrudnionêm obecnością charakterystycznéj zbitéj tkanki łącznéj tamże, która uciska zapalone części i stanowi przeszkodę dla chłonienia; przeszkodę tę usunąć można przez kilka drobnych nacięć naskórka, poprowadzonych pionowo do osi palca. Następnie radzi autor zanurzyć palec w maści zawierającéj resorcynę i pokryć go płatkiem zanurzonym w téj maści. Zanurzanie palca w maści téj należy 2 razy dziennie wykonywać, a chory doznaje zazwyczaj po 6—12 godzinach zupełnéj ulgi. Maść zawierać powinna od 10—30% resorcyny: do maści téj dodaje autor zazwyczaj nieco lanoliny. Resorcyna użyta w ten sposób jest w stanie zniszczyć zarazek i przerywa niejako zapalenie; działa też zarazem znieczulająco. (Czy nie lepiéj byłoby zastosować resorcynę w postaci wstrzykiwań podskórnych i miąższowych za pomocą strzykawki Pravaza, podobnie jak to polecił niedawno Bidder w Berlinie użyć karbolu w celu poronnego leczenia czyraków. *Przypisek Sprawozdawcy). (Annales of Surgery March*, 1887). *Dr. Barącz.*

Farmakologija.

Prof. G. Sée: **Antipyryna jako środek kojący bóle.**

W 15 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów, przebiegającego bez gorączki antipyryna w przeciągu kilku dni uśmierzała bóle, gdy tymczasem żadne inne środki stosowane w tych przypadkach tego nie uczyniły. Taki sam skutek sprowadzała antipyryna w przebiegu podagry przy podawaniu dziennie po 4—6 gr. tego środka. W licznych przypadkach bólów głowy nerwowych, migrenach, nerwicach twarzy, po 2gr. antipyryny następował pożądany skutek. Nawet w nerwobólu kulszowym i lędźwiowym, przewlekłych zapaleniach mięśni i w bólach, jakie się zdarzają w przebiegu uwiądu rdzenia pacierzowego, kilkudniowe stosowanie antipyryny nie omieszkało wywrzeć dobroczynnego wpływu. Antipyryna zmniejsza również znacznie bóle w chorobach serca, nie upośledzając przytém w niczém czynności serca. Dawki dzienne mogą dochodzić do 6grm., a rzadko kiedy sprowadzają te wielkie dawki nudności lub wymioty. Po dłuższém użyciu powstaje nieraz wysypka podobna do wysypki płonicowéj, która prędko znika, skoro tylko chory przestaje zażywać antipyrynę. W moczu odbarwionym węglem łatwo można wykazać antipyrynę za pomocą chlorku żelaza, z którym mocz daje barwę mocno czerwoną. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 20). *Dr. J. Surzycki.*

Druminum hydrochloricum, alkaloid z rośliny *Euphorbia Drummondii*, wynalazcą którego jest Dr. J. Reid w Melbourne, może słusznie rywalizować z kokainą. R. używał go w rozczynie 0·4 do 31·00 na 500 w tężcowych skurczach otworu stolcowego, w świerzbiączce, a w połączeniu z sublimatem w ostrym i przewlekłym nieżycie nosa. W chorobach skórnych połączonych ze swędzeniem stosować najlepiéj Rp. *Spermat. ceti* 30·0, *Drumin. hydroch.* 0·40 *S.* Zewnętrznie. W nerwobólach zastrzyknięcie tego środka sprowadza znieczulenie i ustanie bólu. Może więc być używany ze skutkiem zamiast kokainy. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 13). *Dr. J. Surzycki.*

β. **Boraks w padaczce.** Ch. Folsom podaje następujący przypadek: 20-letnia dziewczyna cierpiąca na napady epileptyczne, w skutek ciągłego podawania bromu i innych leków tak dalece podupadła fizycznie i umysłowo, że mimo, iż przy wygórowanych dawkach objawy nie całkiem ustępowały, musiano leki powyższe usunąć. Osoba ta przedstawiała obraz zupełnego wynędznienia i blednicy w najwyższym stopniu. Pobyt nad morzem, posilne i obfite pożywienie, zaprzestanie używania poprzednich leków, poprawiły stan choréj o tyle przynajmniéj, że przyszła ona do sił, ale napady padaczki bynajmniéj nie występowały rzadziéj; w przeciągu 78 dni naliczono ich 28. Autor polecił boraks (trzy razy dziennie 0·6) a skutkiem tego leku pierwszy napad pojawił się dopiero w tydzień i to raz tylko. Teraz zwiększono dawkę do 1·00. W czasie używania środka tego napady stawały się coraz rzadsze, w końcu zaledwie kilka razy do roku występowały, podczas kiedy pierwotnie kilkanaście ich w przeciągu dnia naliczyć było można. Stan ogólny przytém nader pomyślny; osoba dotycząca pierwszy raz od 12 lat mogła się oddać zajęciom i rozrywkom towarzyskim. Drugi chory, liczący 26 lat, cierpiał na padaczkę od 4go roku życia i z małemi przerwami od lat 12 leczony był bromem. Skutek był widoczny, jak długo brom podawano. Chory schudł, stał się małomównym, przytém dziwnie płaczliwego usposobienia. Od marca 1884 zaczęto podawać mu boraks zamiast poprzednich bromków, a padaczka w przeciągu 2ch miesięcy wystąpiła zaledwie 2 razy. Po dłuższym czasie używania boraksu (3 razy dziennie po 1·0) zaczął przychodzić do sił, przytył. nabrał humoru i cery. Suche wypryski pojawiające się przy używaniu boraksu usuwał z łatwością płyn Fowlera. Prócz powyższych 2ch przytacza autor cały szereg innych obserwowanych przez siebie przypadków, gdzie nietylko boraks zastąpił wyśmienicie brom, ale chorych umysłowo i fizycznie nadzwyczaj podupadłych stawiał na nogi. (*Deutsche Medicinal Zeitung*).

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Gerhardt: **O chorobach tętnic mózgowych.**

Naczynia różnych narządów posiadają sobie właściwe cechy. Autor niniejszéj rozprawy wskazuje na właściwości naczyń mózgowych, przypisując tymże bardzo ważne znaczenie zapobiegawcze. I tak: zaopatrywanie mózgu oddzielnemi drogami zapobiega częstemu powstawaniu niedokrewności, ten sam cel spełniają liczne połączenia naczyniowe; przed przekrwieniem zaś zabezpieczony mózg têm, że naczynia przechodzą przez wąskie przewody kostne. Wedle autora rozwijanie się silniejsze lewego mózgu należy również odnieść do powodów czysto anatomicznych, dopływ krwi przez tętnicę szyjną lewą jest łatwiejszy i znaczniejszy z powodu, że takowa wznosi się prawie pionowo, tworząc przedłużenie tętnicy głównéj wstępującéj, podobnie korzystniejsze warunki dopływu ma lewa tętnica kręgowa. Temu zawdzięcza mózg silniejszy rozwój lewéj połowy tak co do ciężaru, jak i znaczenia funkcyjonalnego. Jak warunki krążenia wpływają na fizyjologiczny rozwój mózgu, tak samo i powstawanie chorób w największéj części zależném jest od zboczeń w krążeniu, lub téż zarazki chorobowe dostają się drogą naczyń. Autor pomija te przypadki chorobowe, w których zarazek dostaje się drogą naczyń, jako bliżéj niezbadane i badaniu dotychczas niedostępne, omawia tylko tętniaki, przedarcia, zatory i zakrzepy tętnic mózgowych, zestawia je razem sądząc, że te sprawy chorobowe oddzielnie się traktować nie dadzą, pozostając ze sobą w ścisłym związku.

Zmianę ważną i często omawianą są tętniaki, przyczyny ich powstania atoli nie są dostatecznie wyjaśnione. Urazowe powstawanie tychże nie ulega wątpliwości, jakkolwiek zestawienie tętniaków tętnic mózgowych przez Killiana podane zaledwo 8 przypadków na 131 wykazuje; urazowéj przyrody

tętniaki najczęściéj powstają w tętnicy szyjnéj, nigdy zaś w tętnicy zatoki Sylwiusza, jak dotychczasowa statystyka stwierdza, mimo, że tętniaki w ogóle téj tętnicy nie należą do rzadkości. Przyczyną powstawania tętniaków t. szyjnéj domózgowéj zdaje się być sposób przytwierdzenia, resp. zakończenia tętnicy. O wiele atoli częstszym powodem powstawania tego cierpienia jest zapalenie ścian tętniczych w następstwie częstych wzruszeń umysłowych i innych podniet, jak np. alkoholu. Że istotnie rzeczy się tak mają i tętniaki powstają w następstwie zapalenia ścian tętniczych, wskazuje i wiek. Cierpienie to częstszém jest w wieku podeszłym, nie wyklucza atoli powstania w wieku dziecięcym, a jak Ogle tłumaczy, przypadki te odnieść należy do zatoru, i temuż przypisać winę powstania téj choroby. Istotnie częstość tętniaków tętnic mózgowych schodzi się z częstością zatorów innych narządów. Wreszcie jak w ogóle w chorobach mózgu, tak i tutaj odgrywa kiła ważną rolę. Heubner w 50 przypadkach kiły mózgu 6 razy znalazł tętniaki. Co do częstości zajmuje pierwsze miejsce tętnica podstawowa (37 razy), druga tętnica zatoki Sylwiusza (35), a trzecie t. szyjna domózgowa (18). Nie omawiając symptomatologii tętniaków tętnic mózgu, zwraca autor uwagę na objawy występujące przy tętniaku tętnicy kręgowéj. Występują tutaj objawy porażenia opuszkowego ostrego, z porażeniem obustronném odnóg lub téż tylko jednéj strony, częściéj lewéj, charakterystyczném zaś dla nich i odróżniającém od innych porażeń jest to, że występują polepszając się od czasu do czasu, a nawet zupełnie ustępując. Niekiedy zaś słychać szmer skurczowy przy wstrzymaniu oddechu i połykania między wyrostkiem sutkowym a mięśniami karku. Rozpoznanie tętniaków przedstawia dla leczenia o wiele większy interes, niż wiele innych chorób mózgu, gdyż w obec postępów chirurgii tętniak np. tętnicy zatoki Sylwiusza leczyćby można podwiązaniem lub systematycznym uciskiem t. szyjnéj. Wspomnieliśmy, że sprawy chorobowe w naczyniach występujące zdarzają się po lewéj stronie częściéj aniżeli po prawéj, spostrzeżenie to stwierdza się w zatorach tętnic mózgowych bardzo wybitnie. Na dwa przypadki zatorów po prawéj stronie wypada 6 lewostronnych, a naturalnie jest to dla ustroju o wiele niekorzystniejsze. Z przyczyn odgrywają wady zastawkowe najważniejszą rolę, około 5% chorych na serce dostaje zatorów tętnic mózgowych. Uderzającém jest, że przy wadach zastawkowych zazwyczaj powstają zatory w tętnicy zatoki Sylwiusza lewéj, podczas gdy zatory przy zapaleniu mięśnia sercowego, kilakach rozpadających się m. sercowego, dostają się do prawéj tętnicy zatoki Sylwiusza. Ważnym objawem dla rozpoznania jest okoliczność, że w $^2/_3$ przypadków zatory powstają u kobiet, a tylko w $^1/_3$ u mężczyzn, podczas gdy w przedarciach naczyń stosunek jest odwrotny. Moment ten w przypadkach wątpliwych może mieć swoje ważne znaczenie obok drugiego objawu, t. j. niezupełnéj nieprzytomności, w udarach mózgu częstéj. Dla rozstrzygnięcia wątpliwego rozpoznania uwzględnić należy przyczynę chorobową, istniejące w innych organach zatory, brak zwiastunów, szybko przechodzące porażenia, a wreszcie wybitna i często występująca bezmowność, w udarach mózgu rzadziéj się zdarzająca. W tylekroć omawianych krwotokach uważa autor za najważniejszą przyczynę podwyższenie parcia naczyniowego, obok zboczeń odżywczych naczyń, powstałych w skorbucie, błednicy, białaczce itd. Jednym z najważniejszych i najzwyklejszych powodów jest kiła. Że istotnie rzeczy się tak mają, udowadnia autor zestawieniem przypadków udaru w jego klinice leczonych. Na 63 przypadków udaru przebyło 13 kiłę z wszelką pewnością, a 9 prawdopodobnie, jest to więc odsetek bardzo znaczny. Co do zakrzepu to ten również powstaje z powodu zmian w naczyniach pierwotnie istniejących, jakoto tętniaki, zapalenie ścian naczyniowych, zmiany kiłowe lub téż z powodu ucisku naczyń. Groźne te a tak częste zmiany naczyniowe skłaniają nas do szukania środków leczniczych, niestety bezskutecznie, li tylko w kile mózgu możemy wiele zdziałać, na rychłém téż rozpoznaniu podstawy kiłowéj i energiczném leczeniu polega dotychczasowa terapija chorób tętnic mózgowych. *(Berl. klin. Wochenschr.*, 1887, Nr. 18, 19).

Dr. Halski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.

IX. zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 13 listop. 1886.

Kol. Bar ą cz przedstawia trzech chorych, na których dokonał trepanacyi wyrostka sutkowego.

W dyskusyi oświadcza kol. Kadyi, iż prócz granulacyj okazały się dwa kawałki istot mózgowych prawdopodobnie z kory móżdżka, za czém ich wejrzenie i skład histologiczny przemawiają. Kol. Laskiewicz zapytuje się, czy były u chorych jakie objawy ze strony mózgu? Kol. prelegent odpowiada, iż zaraz po urazie były wymioty, ból głowy, bezsenność i t. p., w jakiś czas potém chory zdradzał pewne zboczenia umysłowe.

Z kolei kol. Wiczkowski zdaje sprawę z doświadczeń swych z nowym środkiem przeciwgorączkowym „antifebrynem.“ Prelegent robił doświadczenie z tym lekiem na oddziale chorób wewnętrznych prym. Dra Widmana. *Fenilacetamid* nazwany przez Cahna i Heppa antifebrynem jestto proszek biały krystaliczny, we wodzie zimnéj nie rozpuszcza się, nieco w gorącéj, łatwo w alkoholu i eterze, smaku nieco piekącego. Ten nowy środek stosował w 25 przypadkach chorób gorączkowych, a mianowicie w 6 przypadkach duru brzusznego, w 5 duru osutkowego, w 4 zapalenia płuc dławcowego, w 2 róży, w 6 ostrego gośćca stawowego, w 2 zapalenia gardła błonicowego. Idąc za wskazówką Cahna i Heppa, którzy pierwsi zwrócili uwagę na ten lek, podawał go w dawkach po 0·25 gr. i do czterech razy i to w godzinach po sobie następujących. Już po jednéj dawce — czasem dopiero po czterech — ciepłota obniżała się od $^1/_2$—2° bez zapadu, bez jakichkolwiek przypadłości ze strony narządu mózgordzeniowego. Obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły często obfite poty. Stan ogólny chorych po użyciu antifebrynu poprawiał się wraz z obniżeniem się ciepłoty. Po upływie 5—10 godzin ciepłota znowu się podnosiła ale bez dreszczów. Zapad spostrzeżony u jednego chorego z zapaleniem płuc dławcowém po podaniu jednego grama w czterech dawkach tłumaczy prelegent przypadkowém zejściem się sztucznego obniżenia się ciepłoty z obniżeniem się naturalném. W ostrym gośćcu stawowym po podaniu antifebrynu objawy podmiotowe, jak ból, jakotéż przedmiotowe i obrzęk i zaczerwienie w okolicy stawów ustępowały. W ogólności antifebryn w swojém działaniu stoi na równi z antipyrynem, o tyle go przewyższa, że ma smak mniéj nieprzyjemny, że działa już w mniejszych dawkach, że jest tańszym (1 grm. 2 cnt) Nie rozpuszcza się jednak tak łatwo we wodzie, jak antipiryn i to jest ujemną stroną.

W ożywionéj dyskusyi wzięli udział: kol. Bylicki sądząc, że antifebryn nie wyruguje antipyrynu, z powodu że antipyryn jako w wodzie łatwo się rozpuszczający, może być zadawany i w lawatywach. Gdy wysoka gorączka trwa długo, ani antipyryn, ani żaden inny środek przeciwgorączkowy nie może działać korzystnie, gdyż osłabia tętno. — Kol. Różański obawia się zapadu, który niekiedy antifebryn może sprowadzić. Tłumaczenie przez prelegenta zapadu w jednym przypadku, który obserwował, nie może mu zjednać zwolenników antipyrezy, zwłaszcza że dzisiaj poczyna przeważać zdanie, że nie należy tak znacznie obniżać gorączki, bo ztąd korzyść niepewna. A nadto są znane przypadki, że po jednym gramie antipyrynu występował znaczny zapad, a nawet śmierć, a nie można nigdy przewidzieć, czy wy-

stąpi zapad lub też nie. Obecne gonienie za nowemi środkami przeciwgorączkowemi ustąpić winno poszukiwaniu środków usuwających przyczynę gorączki. — Kol. Kadyi sądzi, że organizm wycieńcza się znacznemi wahaniami ciepłoty. — Kol. Laskiewicz nadmienia, że antipyryn sprowadza zapad tak u septycznych i pyemicznych, jako też w uremii. Zapytuje oraz prelegenta, czy antifebryn podobnie jak antipyryn działa korzystnie w bólach głowy. — Kol. Szpilman nie chce ani potępić, ani zbyt zachwycać się antifebrynem; czeka aż więcéj będzie doświadczeń. Rokuje mu wybitniejsze znaczenie, gdyby się okazał oraz środkiem antibakteryjnym. — Kol. Bylicki nawięzując słowa swoje do zapadu przypomina, że w chorobach gorączkowych z powodu zakażenia, np. w ropnicy, na tablicy ciepłoty i tętna, tętno z ciepłotą w parze idzie, przed śmiercią zaś krzyżuje się. Podawaniem środków przeciwgorączkowych przyspiesza się to złowrogie krzyżowanie się. — Kol. Schramm nie jest tak bardzo przeciwny środkom przeciwgorączkowym, pomimo że sprowadzają niekiedy zapad; przy łóżku bowiem chorego trudno się nieraz oprzeć pokusie ulżenia choremu środkiem jak antifebryn, szybko działającym a do tego jeszcze tak tanim. — Kol Wiktor nadmienia z własnego doświadczenia, iż antifebryn istotnie tak samo jak antipyryn usuwa ból głowy. — Wreszcie zabiera głos kol. Wiczkowski: Tak antipyryn jakoteż antifebryn usuwają gorączkę, zwalniają liczbę tętna i oddechów. Chorzy doznają przynajmniéj na czas apyreksyi i sztucznéj euforyi. Zapad, którego się tak obawiają, nie jest ani częstym, ani strasznym. Natomiast usuwając gorączkę na godzin kilka lub kilkanaście zaoszczędza się organizm, ten bowiem mniéj się zużywa, osądzając to z ilości produktów azotowych w moczu, które po podaniu np. antipyrynu zmniejszają się w czasie apyreksyi, jak to wykazał w pracy swéj o antipyrynie. Antifebryn i w migrenie oddaje dobre usługi już w dawce 0·25 w połączeniu z kofeiną, *natr. salicyl.* (0·20) lub bez tychże. *Dr. Wiktor.*

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 4 lutego 1887.

Obecni kol. prezes Kaczorowski, koll. Koszutski, Preibisz, Święcicki, Jerzykowski i Wicherkiewicz.

W rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi: kol. Koszutski podnosi, że obecnie według jego doświadczenia panuje nieżytowe zapalenie płuc u dzieci i to od najmłodszych aż do kilkoletnich dzieci, u dorosłych zaś zapalenie płuc dławcowe; nadto u dzieci krztusiec i szkarlatyna. — Kol. Kaczorowski potwierdzając spostrzeżenie kol. Koszutskiego podnosi przy téj sposobności zgubne oddziaływanie środków antipyretycznych przy ostrych zapaleniach mianowicie płuc i popiera to orzeczenie kilku z własnéj praktyki zaczerpniętemi przypadkami, które głównie pod wpływem antipyrynu lecz także antifebrynu wkrótce śmiertelne miały zejście. Przestrzega więc przed używaniem tych środków, do których zalicza także chinin i kwas salicylowy w chorobach, w których stan gorączkowy jest krótkotrwałym.— Kol. Koszutski dosyć dużo zadawał antipyrynu lubo tylko w małych ale częstych dawkach, pamiętając równocześnie o podniecaniu czynności serca przez podawanie wina itd. Chwali nadto skuteczność tego środka w rozmaitych nerwicach głowy, a daléj, jako środek powstrzymujący poty suchotników. — Wicherkiewicz, który już na jednêm z poprzednich posiedzeń zachwalał antipyryn jako dzielny środek przy nerwicach nerwu trójdzielnego, mniéj korzystne robił tym środkiem doświadczenia w ostatnim czasie, gdzie bardzo często spostrzegał nerwice nerwu trójdzielnego lub pojedyńczych jego gałęzi. Antipyryn uśmierza boleści, ale dzielność jego wnet się osłabia i dopiero w połączeniu z chininem udawało się ostatecznie cierpienie to dokuczliwe zupełnie usunąć. W. zauważa, że nerwice te w ostatnim czasie po nagłéj zmianie pogody występują silniéj, a równocześnie przytacza przypadek, w którym nerwica całego nerwu trójdzielnego, która przystąpiła do egipskiego zapalenia spojówki w połączeniu z rogówko-tęczówkowém, przed najsilniejszemi wypróbowanemi w innych przypadkach środkami ustąpić nie chciała, tak że W. czuł się zniewolonym pacyjentowi polecić kuracyję termalną. — Kol. Jerzykowski chwali skuteczność antipyrynu podawanego po 1 gramie co godzina (aż do wyżycia 3 — 4gr.)— Kol. Kaczorowski podnosi, że w nerwicach wyśledzić trzeba przyczynę, którą według jego doświadczenia znaleźć częstokroć można w chorobach zębów i dziąseł. — Kol. Preibisz zapytuje, czy środki przeciwgorączkowe podawane u osób niegorączkujących obniżają ciepłotę, czego jednakże żaden z obecnych członków własném doświadczeniem stwierdzić nie może. — Kol. Kaczorowski porusza przy téj sposobności kwestyję lingwistyczną dotyczącą zasady, czy alkaloidom nadawać w polskiém końcówki „in“ czy „ina“ a po krótkiéj wymianie zdań postanowiono na wniosek kolegi Jerzykowskiego kwestyję tę postawić na porządku dziennym przyszłego zgromadzenia.

Następnie mówił Wicherkiewicz o powstających w oczodołach ropniach pod względem pochodzenia, przebiegu, następstw i leczniczym, a na zakończenie przytoczył z własnéj praktyki przypadek samoistnego zapalenia tkanki łącznéj i 3 przypadki ropni oczodołowych powstałych w jednym z tych przypadków z zapalenia ropnego jamy czołowéj, w drugim górnéj jamy nosowéj, a w trzecim jamy Highmora. Dwa ostatnie przypadki świeżo przed kilku tygodniami ze skutkiem operowane przedstawił prelegent.

Kol. Kaczorowski wspomina, iż w lazarecie miejskim spotykał się także z ropniami oczodołowemi powstałemi przy róży twarzy.

Po odczycie tym przystąpiono do wyboru zarządu. Ze względu na niemożność doczekania się dostatecznéj liczby członków celem wykonania wyboru stosownie do ustaw za pomocą kartek zgodzono się na to wyjątkowe postępowanie wyboru przez aklamacyję, którą powołano dotychczasowy zarząd do dalszéj czynności na rok bieżący.

Przewodniczący dziękując przyjmuje wybór, a sekretarz przyrzekł także na życzenie pełnić daléj obowiązki.

Kol. Kaczorowski proponuje, co już dawniéj był uczynił, zamianowanie kol. Wicherkiewicza sekretarzem stałym, na co się zgromadzeni zgadzają z wyjątkiem sekretarza, który mniema, że w tak nielicznêm ciele naukowém instytucyja sekretarza stałego nie ma racyi bytu, spodziewa się też, że najpóźniéj do 1go stycznia przyszłego roku zwolnionym będzie z obowiązków sekretarza, a kandydaturę na ten urząd przyrzeka przyjąć kol. Święcicki. *Dr. Wicherkiewicz.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie V z dnia 16 kwietnia 1887.

Przewodniczący prof. Korczyński. Obecnych członków 7.

I. Przewodniczący zawiadamia, *a)* że osobnego pawilonu balneologicznego na Wystawie krajowéj nie będzie, albowiem tylko zarządy zdrojowe w Iwoniczu, Lubieniu, Morszynie i Wysowy oświadczyły gotowość wzięcia udziału w urządzeniu takiego pawilonu; *b)* że komitet wystawy krajowéj zgodził się z propozycyją Komisyi, ażeby zaprosić komendy wojskowe i towarzystwo Czerwonego Krzyża do wzięcia udziału w wystawie co do przyrządów opatrunkowych, przewozowych i do pielęgnowania chorych i rannych służących.

II. Bulijon wyrobu p. Solkowskiego w Krzysowicach oddano do ocenienia podkomisyi składającéj się z prof. Olszewskiego, doc. Grabowskiego i Dra Wachtla.

III. Proszek przeciwko poceniu się nóg wyrobu apt. p. Sobierajskiego na wniosek Dra Wachtla uznano jako odpowiedni, tak co do składu jak i postaci zewnętrznéj.

IV. Na wniosek Dra Wachtla uznano stożki mentolowe wyrabiane przez apt. p. Sobierajskiego jako odpowiednie, a skoro są one tańsze od zagranicznych, uchwalono przedstawić je Towarzystwu lekarskiemu do polecenia. (Wniosek ten Tow. lek. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 18 maja br.).

V. Na wniosek podkomisyi przedstawiony przez doc. Grabowskiego, a mianowicie tak na podstawie dochodzeń na miejscu przedsiębranych, jakoteż na podstawie rozbioru chemicznego dokonanego przez prof. Olszewskiego, uchwalono polecić Tow. lek. chleb Grahama wyrabiany w piekarni p. Gustawa Barucha w Podgórzu. (Wniosek ten przyjęło Tow. lek. na posiedzeniu w d. 18 maja br.). Według rozbioru chemicznego znaleziono w 100 gr. tego chleba przy 100°C. wysuszonego 2·28% azotu. W 100 gr. chleba świeżego znaleziono: wody 38·64%, ciał azotowych 8·73%, tłuszczu 0·55%, cukru 1·96%,

ciał bezazotowych wyciągowych 47·22%, celulozy 1·79%, popiołu 1·11%. Porównywając skład chemiczny tego chleba z składem mąki pszenicznéj, okazuje się, że takowy zawiera znacznie więcéj ciał azotowych (8·73%), aniżeli chleb wypiekany ze zwykłéj mąki pszenicznéj (6·15—7·06%). Nadwyżka ta pochodzi z dodatku otrąb pszenicznych, które zawierają 13·5—21·8% ciał azotowych, a więc znacznie więcéj, aniżeli odpowiednia ilość mąki pszenicznéj, w któréj ilość ciał azotowych waha się między 10·18—11·82%. Dodatek otrąb wykazać nadto można ze zwiększonéj ilości celulozy i popiołu. Za to chleb ten zawiera w sobie mniéj cukru (1·96%), aniżeli zwykły chleb (2·08—4·02%), a to z powodu, że chleb Grahama przyrządza się bez użycia drożdży lub kwasu.

VI. W dalszym ciągu zabiegów co do założenia w Krakowie fabryki opatrunków chirurgicznych i środków dezinfekcyjnych, które dotąd podejmowała Komisyja z kilku aptekarzami, chemikami i przedsiębiorcami, ale zawsze z wynikiem ujemnym, donosi przewodniczący, że udało mu się wynaleźć chętnego i ukwalifikowanego przedsiębiorcę w osobie magistra farmacyi p. M. L. Dobrowolskiego, który zamierza założyć w Krakowie fabrykę opatrunków chirurgicznych. P. Dobrowolski znany jest w Krakowie ze swéj poprzedniéj działalności jako prowizor aptekarski, nadto w ciągu dłuższego pobytu za granicą obeznał się gruntownie ze sposobem przyrządzania opatrunków chirurgicznych w rozmaitych fabrykach i zna dokładnie sposób nabywania materyjałów surowych z pierwszéj ręki. Na wniosek Dra Wachtla uchwalono zachęcić go jak najgoręcéj do rychłego założenia w Krakowie rzeczonéj fabryki.

Za sekretarza *Dr. J. Surzycki.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Obok wyżéj opowiedzianych nałogowych perskich zwyczajów grupuje się jeszcze szereg innych niemniéj zajmujących dla lekarza-higijenisty. Powszechnie wiadomo, że religijni prawodawcy Wschodu, zrozumiawszy bardzo dobrze z jak niechlujnemi plemionami będą mieć do czynienia, zamieścili w księgach zakonu przepisy zachowywania czystości ciała. To też jest przyczyną, że niektóre z nich bywają bardzo ściśle przestrzegane jako cechy zaznaczające każdego prawowiernego muzułmanina. Na pierwszą wzmiankę o zwyczajach uświęconych wyznaniową tradycyję, zasługuje tu obrzezanie chłopaków i dziewcząt. Rękoczyn ten uważany jako przepis podany przez Abrahama, podług ściślejszych poszukiwań współczesnych oryjentalistów, wypada uważać za będący pochodzenia egipskiego. Jako dowód na to może posłużyć ta okoliczność, że w muzeum w Bulaku znajduje się statua jakiegoś młodego króla (z epoki o tysiąc lat poprzedzającéj Abrahama), przedstawiająca trójkątne wycięcie na napletku, naśladujące zupełnie dzisiejsze jego obrzezanie i dowodzące, że mała ta operacyja była powszechnie praktykowaną przez starożytnych Egipcyjan. Przeniesiona do Persyi w epoce przyjęcia islamizmu za czasów kalifa Omera w swém dzisiejszém wykonaniu bywa nieco odmienną od sposobu używanego przez sektę Semitów. Gdy bowiem u Turków i Arabów chłopak-noworodek już jéj może być poddany, u Persów i Kurdów dopiero po ukończeniu siódmego roku życia dziecko może być obrzezaném. Samo wreszcie wykonanie tego muzułmańskiego chrztu jest w Persyi nieco odmienne. Zamiast balwierskiéj brzytwy, szczypczyków do oddzielenia i przytrzymywania żołędzi, kościanego wałeczka do sprowadzania nań napletka, proszku galasowego do posypania powstałéj ciętéj rany, używa się tutaj poprostu nowego tylko i bardzo ostrego nożyka, a zamiast szczypczyków i wałeczka, kilku mocno skręconych jedwabnych nici, któremi po sprowadzeniu napletka naprzód i ku sobie, okręca się prącie i tuż obok nawiązanéj pętlicy wykonywa się szybko nieco skośne cięcie. Z nim odpada jednocześnie i jedwabna pętla. Naciągnięty napletek po utracie przedniéj swéj części kurczy się bardzo szybko, krwawienie jest nieznaczne i ranę raz tylko opatrują rodzajem maści, złożonéj z pewnéj ilości smoły górskiéj, zwanéj *memnyc*. Oba te sposoby obrzezania uważają za równie dobre i w następstwie nie przedstawiają żadnych kłopotliwych powikłań. Jednakże bywają przypadki, mianowicie przy jednoczesném obrzezaniu kilku dzieciaków, że zanieczyszczony lub zardzewiały nożyk wywołuje następowo częściową zgorzelinę, lub silne zapalenie części skórnych prącia, prawdziwą różę, która nieraz staje się powodem dość przykrego i długotrwałego leczenia tak powikłanéj rany. Jedném zaś z dość częstych następstw, które tu powszechnie przypisują obrzezaniu, jest powstający pod blizną stan zziarnienia, a prędzéj może rodzaj stwardnienia w oczkach tkanki komórkowatéj, z pewném rozkładowém przeobrażeniem się ich treści. Wtedy powierzchnia tak obciętego napletka przedstawia pierścieniowate stwardnienie, jest szorstką i pokrytą wydatnemi ziarninami, barwy zwykle bledszéj od otaczających tkanek, a niekiedy nawet mających odcień prawie szarawy. Taki jednak stan napletka po dobrze dokonaném obrzezaniu jest dość rzadkim i jak mnie zapewniali tutejsi mirzowie, ma to być niejako naturalne piętno każdego przyszłego pederasty. Usunięcie jednak pewnéj części napletka ma to do siebie, że uwalnia żołędź od nagromadzania się wydzieliny gruczołów Tarina, lecz za to, zmniejsza stopień czułości żołędzi przez następowe zgrubienie pokrywającego go naskórka. Otóż u dzieci perskich, u których niechędostwo jest posunięte do wysokiego stopnia, zdarza się dość często spotykać przerost napletka i cały szereg objawów podrażnienia i owrzodzenia całéj okolicy, li tylko w skutek powolnie nagromadzonéj i podległéj rozkładowi wydzieliny. Jeżeli więc w chwili zbliżającéj się epoki obrzezania stan podobny nie da się usunąć, t. j. gdy przez obrączkowe skurczenie się ujścia napletka nie podobna go odprowadzić w tył i usunąć nagromadzonéj wydzieliny, wtedy rękoczyn zwykle odkładają, horoskop co do przyszłéj konduity chłopaka jest bardzo zły, i poprawienie podobnego stanu pozostawia się aż do przyszłéj pielgrzymki do grobu jakiegoś czczonego imama, lub nawet aż do podróży do Kerbeli. Tam jakiś bardziéj doświadczony „mołła" wyprowadzi rodziców z kłopotu, chrzcząc chłopaka po muzułmańsku z surowém zastrzeżeniem większego nadal czuwania nad jedną z części ustroju przeznaczonych do odegrania ważnéj bardzo roli w przyszłém życiu mężczyzny. Pomimo zobowiązań się rodziny z powrotem do domu wszystko się zapomina, niechlujstwo trwa zwykłym trybem daléj, oparte na przesądzie zabraniającym trzymania czas dłuższy prącia w ręku, dla wprowadzenia go w stan czystości, choćby tylko przez proste obmywanie zimną wodą.

Większy jeszcze interes przedstawia zwyczaj obrzezania praktykowany tu u dziewcząt, w celu najprzód wprowadzenia ich w poczet prawych muzułmanek, a następnie i w zamiarze zabezpieczenia niejako od częstych nocnych zmazań i usunięcia lub złagodzenia przyczyn prowadzących do onanizmu. W istocie cel piękny i prawdziwie zdumiewający swoją praktycznością u ludów, gdzie rozpusta i wszeteczeństwo nie znajdują żadnego hamulca! Przyjmując w zasadzie

tak sformułowane prawdy, rozpatrzmy się w samym rękoczynie i sposobach jego wykonania.

Obrzezanie dziewcząt jest przywilejem jednéj wielkiéj kurdzkiéj rodziny z pokolenia Dżaf i oczywiście bywa wykonywane tylko przez kobiety, w drodze dziedzicznéj nabywające znajomości tego rodzaju rzemiosła. Kobiety oddające się téj czynności bezwarunkowo powinny być wdowami. Tego bowiem wymaga jakoby prawo zacytowane w dodatkach do księgi zakonu. Że zaś plemię, z którego pochodzą te mistrzynie, zamieszkuje północne prowincyje tureckiego Kurdystanu, więc dla zadośćuczynienia posiadanemu przywilejowi czyni się dla Persów pewne ustępstwa wysyłaniem tam pewnéj liczby stosownie przygotowanych matron i działających z poręki jednéj z bardziéj znanych osobistości. Ztąd też dla zadośćuczynienia zwyczajowi nie spotyka się żadnych trudności. Każda bowiem okolica posiada tego rodzaju operatorkę. Na dworze panującego i u wielkorządzców prowincyj są znowu utrzymywane całe ich gromady, cieszące się ogólném poważaniem, już najprzód dla tego, że one zaznaczają niejako, która z ich klijentek będzie bardziéj doborową huryską i żoną, także i z powodu, że w swém ręku posiadają pewną zręczność, do któréj każda z matek przywięzuje wielkie bardzo znaczenie.

Samo zaś obrzezanie perskich dziewcząt jest stosunkowo łatwiejszém i mniéj niebezpieczném niż tenże sam rękoczyn u chłopców, tém więcéj, że ci ostatni podług zasady powinni uczuć ból wtedy, gdy dziewczyny są poddawane operacyi po poprzedniém upojeniu makowcem. Stosownie do siły, budowy ustrojowéj, obrzezanie odbywa się w epoce od 9 do 11 roku życia; u słabowitych zaś między 10—12; tak jednak ażeby zawsze poprzedziło na półtora roku ukazanie się pierwszych czyszczeń miesięcznych. Rękoczyn odbywa się zwykle w tajemnicy *Henderunu*, w nieobecności ojca i z warunkiem, ażeby dorośli bracia i młodsze rodzeństwo nic nie wiedziało o całém przejściu. Ta jednak ostrożność jest tylko pozorną, bo poprzedzające obrzezanie pewne szumne przygotowania zdradzają jego tajemnicę, a następujący po nim festyn usuwa wszelką domyślność i zaciekawienie. Dziewczyna mająca zostać muzułmanką również musi przejść przez pewne do tego przygotowania. Zwykle we Środę po wykąpaniu się w licznem gronie towarzyszek w publicznéj łaźni, po kilkorazowém zanurzeniu się w basenie z rzadko odnawianą wodą, wraca do domu i cały czas zajmuje się przygotowaniem świeżego stroju i rozpatrywaniem otrzymanych podarków. Następnego dnia rano bierze kąpiel przygotowaną z licznych aromatycznych ziół, po któréj obmyta sandałowo-cynamonowym odwarem, przechodzi do największego i najbardziéj jasnego pokoju, gdzie w stroju starożytnych westalek łączy się z gronem czekających na nią starszych i młodszych kobiet. *Nargilleh*, słodycze i herbata krążą z rąk do rąk. Najczęściéj całe towarzystwo ogranicza się do picia herbaty i palenia tytoniu, podczas gdy z każdéj słodyczy młoda neofitka musi koniecznie zakosztować. Ta zaś przymusowa gościnność ma swój cel, gdyż każda prawie ze słodyczy zawiera makowiec lub bywa przygotowaną z odwaru liści konopnych. Gdy więc matrona mająca wykonać chrzest muzułmański, przekona się wreszcie, że dziewczyna wpadła w stan odurzenia, natychmiast przystępuje do wykonania rękoczynu, posługując się w tém srebrnemi nożyczkami o tępo zakończonych brzegach, takimże haczykiem i rodzajem zgłębnika cynowego lub drewnianego. Sam rękoczyn polega na wycięciu ze ściany wewnętrznéj prawéj wargi mniejszéj na centymetr długiego mięsnego włókna; na podłużném uciśnięciu dolnéj powierzchni łechtaczki, wyprowadzeniu na zewnątrz kilku kropel krwi i wreszcie przysypaniu nacięcia proszkiem złożonym z kamfory i umielonych konch perłowych. Czynność ta odbywa się bardzo szybko. Wycięte włókno mięsne pozostaje własnością matrony, a krew zebrana na zieloną jedwabną chusteczkę przechowuje się jako upominek. O cięcin dziewczyna najczęściéj nie jest w stanie zdać sobie sprawy i nie wie, że w tak łatwy i zabawny sposób została muzułmanką. Bo ponownie uniesiona w wesoły wir towarzyszących, słuchając bębenka, gitary i wrzaskliwych śpiewów, korzysta z okoliczności i razem z innemi bawi się stosownie do przyjętego zwyczaju. Czy zaś ten rękoczyn w istocie odpowiada celowi, jaki mu przypisują, o tém trudno rozstrzygać. Prędzéj jednak można wątpić aniżeli przypuszczać możebność jego wpływu na uczciwość, drażliwość i dalszy pomyślny rozwój ustrojowy dziewczyny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zusammenstellung und Kritik der wichtigsten Publicationen in der Impffrage mit besonderer Berücksichtigung militärischer Verhältnisse von Dr. Adolf Zemanek k. k. Regimentsarzt. Vom k. k. Militär-Sanitäts-Comité mit einer goldenen Medaille gekrönte Preisschrift. Wien 1887 8vo str. 84. Verlag von Moritz Perles.

Pomimo, że dla ogromnéj większości lekarzy akta sprawy szczepienia są, rzec można, zamknięte, sprawa ta nie schodzi z porządku dziennego, bo znajdują się pomiędzy lekarzami co prawda pojedynczy, wyjątkowi rzadcy przeciwnicy, ale za to zwłaszcza w niektórych krajach pośród nielekarzami liczni, większy zaś jeszcze zastęp stanowią nieprzychylni lub obojętni z powodu, że rzecz niedokładnie znają. Ta zaś ich nieprzychylność i obojętność tamując rozwój tak potrzebnego higijenicznego zarządzenia wielką sprawia szkodę. Z tego to powodu i dziś jeszcze na bogatéj niwie literatury tego przedmiotu każda pojawiająca się praca, która daje dokładny obraz dzisiejszego stanu téj sprawy, i może się przyczynić do jéj rozjaśnienia i rozpowszechnienia zdrowych zasad, zwraca na siebie uwagę i nie powinna być milczeniem pomijaną. Do rzędu takich należy praca Dra Zemanka, nagrodzona przez c. k. wojskowy komitet lekarski złotym medalem, a która dała pochop, iż w armii austryjackiéj kategorycznie zaprowadzono przymus szczepienia.

Gdy i u nas spotkać można wielu nie tyle przeciwników, ile raczéj obojętnych lub nieprzychylnych dla sprawy szczepienia nie przywięzujących do niéj stosownéj uwagi, to nie od rzeczy może będzie zwrócić uwagę na tę pracę i podać jéj zarys.

We wstępie kreśli autor krótko historyję szerzenia się szczepienia, ogrom zniszczeń, jakie dawniéj zrządzała ospa, oraz powody, dla których czasem szczepienie nie chroni, zwracając uwagę, że Jenner dobre już miał o tém pojęcie i niewielkie od jego czasów w tym względzie postępy zaznaczyć można.

W drugim ustępie, poświęconym doświadczalnemu wypróbowaniu szczepienia ochronnego, wywodzi autor analogiję między szczepieniem ochronném ospy a Pasteurowskim szczepieniem ochronném wścieklizny. Jad tyle niebezpiecznéj dla rodzaju ludzkiego ospy zostaje w ustroju krowim osłabionym tak, że zaszczepiony człowiekowi chroni go od pierwotnie tyle niebezpiecznego jadu ospy.

W trzecim ustępie, noszącym tytuł „korzyść szczepienia,“ omawia autor różne spostrzeżenia, jakie zrobiono co do mocy ochronnéj szczepienia, co do różnicy w śmiertelności z ospy pomiędzy szczepionymi i nieszczepionymi, w czwartym zaś to samo co do powtórnego szczepienia.

Najobszerniejszy piąty ustęp poświęca autor omówieniu zarzutów przeciwników szczepienia i szkód ze szczepienia rzekomo wynikających i sprowadza je do właściwych rozmiarów. Kończy rzecz ustęp szósty poświęcony uwagom końcowym, oraz dodatek, w którym autor podaje, że praca podjęta nietylko zjednała mu medal, ale że czuje się zadowolonym, iż dał nią pochop do rozporządzenia ministerstwa wojny z dn. 6 maja 1886, mocą którego zaprowadzono w armii austryjackiéj przymusowe szczepienie, którego zbawienne skutki rychło się uwydatniły, bo już w grudniu r. z., gdy w czasie silnie panującéj ospy pomiędzy ludnością cywilną w Peszcie ani jeden powtórnie szczepiony żołnierz na ospę nie zapadł.

Rzecz całą opiera autor na datach statystycznych, poczerpniętych z odpowiednich wykazów nietylko z krajów koronnych austryjackich, ale i z wielu krajów zagranicznych. Cyfry przedstawione dobitnie przemawiają i niezawodnie zdołają wielu z błędnéj drogi na dobrą naprowadzić. Jasne a krótkie (cała broszurka ma stron 84) przedstawienie dzisiejszego stanu sprawy w sposób zrozumiały nietylko dla lekarzy, ale i dla nieinteligentnych nielekarzy, odznacza tę pracę, która niezawodnie licznych znajdzie czytelników.

Z chęcią podalibyśmy tu treść niektórych ustępów, niektóre wymowne daty statystyczne, lecz autor zastrzegł sobie wszelkie prawa, dla tego nie pozostaje nam nic, jak tylko zwrócić uwagę na tę pracę.

W końcu pozwalamy sobie rzucić myśl, czyby nie było rzeczą odpowiednią w obec wielkiéj u nas obojętności pod względem szczepienia ospy i niezrozumienia doniosłości znaczenia tego higijenicznego zarządzenia, aby władze krajowe postarały się, uzyskawszy pozwolenie przekładu od autora, o przełożenie téj pracy na język polski i jak największe rozpowszechnienie jéj pomiędzy inteligentniejszą ludnością mniejszych miasteczek; z czasem dotarłoby zrozumienie i do warstw niższych i do ludności wiejskiéj. *Dr. Grabowski.*

---

* L. 24293. Okólnik do wszystkich pp. ck. Starostów oraz do Wpp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

W celu zapobieganiu rozszerzaniu się chorób zakaźnych z aresztów sądowych wydało wys. ck. Ministerstwo sprawiedliwości rozporządzenie z d. 14 marca 1887 L. 4592 do Prezydyjum ck. wyższego Sądu krajowego we Lwowie i Krakowie z następującemi poleceniami:

1. Uwięzienie podejrzanych lub obwinionych w postępowaniu wstępnêm należy do tych przypadków ograniczyć, gdzie to istota i cel sądowo-karnego śledztwa bezwarunkowo wskazuje.

2. Na dobrowolne rozpoczęcie prawomocnéj kary więziennéj należy tylko wówczas pozwolić, jak również przymusowe rozpoczęcie takiéjże kary należy tylko wówczas zarządzać, gdy nie zachodzi obawa przepełnienia dotyczących więzień i aresztów.

3. Każdy więzień powinien być przed umieszczeniem w wspólnych kaźniach więziennych przez odpowiednio długi czas w odosobnieniu trzymanym, o ile tylko lokale, stojące sądowi do dyspozycyi na to zezwalają, a gdy w miejscu siedziby sądu znajduje się lekarz, przed przydzieleniem do kaźni poddany badaniu lekarskiemu, czy nie jest dotkniętym chorobą zakaźną. Badanie to należy zwłaszcza wówczas zarządzić, gdy więzień pochodzi z okolicy zakażonéj.

4. Każdy więzień jak również jego suknie i bielizna mają być poddane dokładnéj dezinfekcyi przy wejściu do więzienia i przy wypuszczeniu, a gdyby on był chorym na jaką chorobę zakaźną, nie należy go bezpośrednio na wolność wypuszczać, lecz zarządzić przeniesienie takiego więźnia do najbliższego szpitalu, lub gdyby nie było możności transportowania go, wówczas ma być pozostawionym aż do wyzdrowienia na oddziale chorych odnośnego domu kary.

5. Każdy naczelnik sądu ma być zobowiązanym, aby organom, którym powierzono dozór więźniów, najsurowiéj nakazał codzienne kilkakrotne przewietrzanie kaźni, jakotéż i przestrzeganie skrupulatnéj czystości na kurytarzach i w kaźniach. O ścisłém wypełnianiu swych odnośnych poleceń ma naczelnik sądowy osobiście się przekonywać.

6. Jeżeli pogoda sprzyja, należy zezwolić na jak najdłuższy pobyt aresztantów w podwórzach spacerowych, a w tym czasie mają okna opróżnionych kaźni stać otworem.

7. Szczególną należy zwracać uwagę na sporządzanie wiktu więziennego, oraz na jakość używanych ku temu wiktuałów; w tym celu winien jest naczelnik sądowy i lekarz zapasy częściéj oglądać i jadło próbować.

W więzieniach sądowych zaleca się usilnie jak najrychlejsze wprowadzanie żywienia w państwowym zarządzie.

8. W razie przepełnienia sądowych kaźni należy w pełnéj mierze korzystać z upoważnienia §§. 406 i 482 ustawy karnéj.

Prócz tego pozostawiono obu Prezydyjom ck. kraj. wyższych sądów wydanie daléj idących stósownych zarządzeń, a w razie wybuchu epidemii należy zastósować ministeryjalne rozporządzenie z 21 września 1885 L. 19349.

W myśl polecenia wys. c. k. Ministerstwa spraw. wewn. z d. 20 kwietnia 1887 L. 4881, którém udzielono Namiestnictwu powyższe zarządzenie do wiadomości, poleca się Panu, by

1. udzielać Sądom odpowiedniéj pomocy, a w szczególności, aby Pan ze swéj strony przy odsyłaniu policyjnie ukaranych osób do aresztów sądowych dla odsiedzenia kary na to zważał, aby nie przepełniano aresztów i aby w czasie panowania jakiéj epidemii wykonano wszelkie środki ostrożności w celu usunięcia możności zawleczenia chorób zakaźnych przez takich więźniów do aresztów sądowych.

2. Zawiadamiać w należytym czasie ck. Sądy o wybuchu i wygaśnięciu wszystkich w okręgu sądowym istniejących epidemij.

3. W razie wybuchu choroby zakaźnéj w więzieniach należy w należyty sposób zastrzedz władzom politycznym prawem przyznaną ingerencyję względem stłumienia chorób zakaźnych i do odnośnych dochodzeń w porozumieniu z dotyczącą władzą sądową wydelegować lekarza urzędowego władzy politycznéj.

Lwów, dnia 16 maja 1887. W zastępstwie:
Karasiński.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31·3. Z płonicy umarło 6 (2 z. t.); z dławca i błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.): z grużlicy 7 (5 z. t.); z zapalenia płuc 10 (12 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 1 duru brzusznego (obcy), 4 duru osutkowego (3 ze wsi, 1 z Kaźmierza), 1 róży. W tygodniu od 1—7 maja umarło z ospy: we Lwowie 3, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 1, w Tryjeście 2, w Pradze 2, w Królewcu 3, w Budapeszcie 12, w Rzymie 11, w Warszawie 6, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło we Lwowie 4, w Drohobyczu 2, w Tarnopolu 1, w Gdańsku 2. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 29, w Hamburgu 6. Z odry umarło w Kołomyi 9, w Przemyślu 1, w Mnichowie 28, w Wiedniu 17, w Rzymie 14, w Londynie 90, w Stokholmie 12, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Kołomyi 1, w Przemyślu 1. w Tarnowie 1, w Wiedniu 10, w Londynie 19, w Petersburgu 13. Z dławca i błonicy umarło w Kołomyi 1, w Przemyślu 1, w Tarnowie 1, w Wiedniu 5, w Pradze 7, w Berlinie 22, w Dreżnie 10, w Lipsku 11, w Londynie 29, w Petersburgu 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,7; we Lwowie 45,3; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 38,3; w Kołomyi 58,1; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 25,1; w Tarnopolu 21,7; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 24,3; w Warszawie 27.2; w Poznaniu 21,1; w Wiedniu 31,2; w Salcburgu 34,9; w Gracu 28,8; w Tryjeście 27,5;

w Insbruku 35,1; w Pradze 46,3; w Bernie 49,7; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 21,1; w Berlinie 20,4; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 28,9; w Dreźnie 19,9; w Hamburgu 22,8; w Kolonii 26,5; w Lipsku 19,1; w Mnichowie 35,0; w Strasburgu 21,4; w Amsterdamie 24,6; w Brukseli 21,4; w Budapeszcie 33,5; w Chrystyjanii 19,4; w Kopenhadze 26,0; w Londynie 18,9; w Odesie 28,1; w Petersburgu 36,0; w Rzymie 29,0; w Stokholmie 27,3; w Wenecyi 19,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 czerwca. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego, w d. 3 bm. odbytém, wybrano prof. Cybulskiego dziekanem na rok przyszły, a proff. Madurowicza, Łazarskiego, Jakubowskiego i docenta Zarewicza wyborcami Rektora; wzięto do wiadomości, że Ministerstwo Oświecenia zgodziło się na wynajęcie nowego, większego lokalu dla zakładu patologii doświadczalnéj, — zgodzono się jednomyślnie na poparcie u Ministerstwa prośby doc. Jaworskiego o zwolnienie go od kilku godzin wykładowych w szkole realnéj, przedstawiono Ministerstwu Dra Marcisiewicza do nominacyi asystentem przy klinice okulistycznéj na rok 5ty i uchwalono rozpisać konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób skórnych i kiłowych.

* Na wczorajszém posiedzeniu przedstawił prof. Obaliński dwoje chorych operowanych ulepszonym sposobem z powodu wola ze skutkiem dodatnim; poczém doc. Mars okazał zbiór własnych preparatów anatomicznych, przedstawiających zachowanie się pochwy wśród ciąży i porodu.

* W Cieplicach czeskich było dotąd gości 1197.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny w Wiedniu Dr. Karol Pawlik mianowany został zwyczajnym profesorem położnictwa w Wydziale czeskim. — **Stokholm.** Dr. Algot Key-Aberg został zamianowany profesorem medycyny sądowéj i objął katedrę nieobsadzoną od śmierci prof. Jaderholma. — **Dorpat.** Prof. patologii szczegółowéj Dr. Weil z powodu cierpienia krtani porzucił katedrę. — **Kazań.** Prof. nadzw. Studeński mianowany został prof. kliniki chirurg.— **Petersburg.** Habilitowali się w Akademii lekarskiéj Drowie Heydenreich i Ssirotimin do medycyny wewnętrznéj, Dr. Ssudaków do higijeny a Dr. Herzenstein do statystyki lekarskiéj.

* **Odznaczenia.** W miejsce Pawła Berta wybrany został członkiem Akademii paryskiéj prof. Bouchard.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Hempel, Trzaskowski i Hernich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 5: Sawickiego: O przepuklinie przedotrzewnowéj (dok.). — W *Medycynie* Nr. 23: Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Heryngą: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani (c. d.); Krausego: Dwa przypadki cięcia podbrzusznego (dok.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zeszycie 1szym: Kamockiego: Badania anatomopatologiczne nad oczami chorych na cukrzycę (z 2 tabl.); Rosenbuscha i Karlińskiego: O badaniu kliniczném kału (dok.) z 10 ryc. chromolit.; Rubinsteina: Sprawozdanie z przytułku położniczego Nr. 5; — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 11: Blumenstoka: Nagła śmierć w szkole; Coghena: O krwotokach kiszkowych wśród przebiegu duru brzusznego.

Redakcyja otrzymała:

MALINOWSKI: Rys historyczny rozwoju instytucyj dobroczynnych i szpitali w Polsce 4to, Warszawa, 1887, str. 30.

Treść téj pracy, do któréj wystawa higijeniczna dała powód, wskazuje jéj tytuł. Autor przedstawia w niéj historyję szpitalnictwa w Królestwie polskiém i dzisiejszy stan jego; mimo małych stosunkowo rozmiarów, jakie pracy nadał, z tego pobieżnego rzutu oka można jednak nabrać wyobrażenia o dzisiejszym stanie zakładów dobroczynnych w tym kraju a i do historyi niejeden ciekawy znaleźć szczegół. Byłoby rzeczą pożądaną, aby znaleźli się autorowie, którzyby podobne prace co do innych dzielnic Polski ogłosili.

WENDA i WIÓROGÓRSKI: Kosmetyki, ich skład chemiczny, zastosowanie i szkodliwość dla zdrowia z dołączeniem odnośnego prawodawstwa w kraju naszym obowiązującego 16 str. LXIV i 56, Warszawa 1887.

Na odbywającéj się Wystawie higijenicznéj nietylko odbywają się wykłady popularyzujące naukę, ale także wydawane bywają małe broszurki, mające za cel szerzyć zdrowsze pojęcia. Do rzędu takich broszurek należy właśnie broszurka o kosmetykach. Rozpada się ona na dwie części, w pierwszéj na tle higijeny skóry, włosów i zębów przedstawiono odnośne kosmetyki, podano wykaz ciał do kosmetyków używanych wraz z ich własnościami, w końcu obowiązujące w Król. polsk. przepisy co do wyrobu i sprzedaży kosmetyków. W części drugiéj podano skład chemiczny znacznéj liczby kosmetyków. Broszurka ta niewątpliwie przyczyni się do rozpowszechnienia wielu zdrowych zapatrywań na kosmetyki, po których nieraz za wiele żądamy.

Dr. St. Szcz. ZALESKI: Das Eisen der Organe bei Morbus maculosus Werlhofii (Odbitka z *Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmakol.*) in 8vo str. 13.

Dr. KEY-ABERG: Bildrag till kännedomen om endarteritis chronica deformans säsom orsak till plöstlig död. Stockholm, 1887, str. 98.

Dr. ŚWIĘCICKI (w Poznaniu): Die Entfernung eines mannskopfgrossen intramuralen Kystofibroms des Uterus durch die Scheide. Heilung. (Odbicie z *Centralbl. f. Gynäk.* 1887) in 8vo, str. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 18 Czerwca 1887. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopisma zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Rozmaici autorowie podają, że przez poddawanie można także wywołać lub zmienić rozmaite wydzieliny, jakoto: mocz, pot, łzy, mleko, a nawet miesiączkę. Zmian tych, równie jak przyspieszenia i zwolnienia tętna przez poddawanie u moich hypnotyków nie obserwowałem. Wszystkie te zmiany nie przedstawiają zresztą nic nadzwyczajnego i można je łatwo tłumaczyć na podstawie faktów fizyjologicznych. Dziś powszechnie wiadomo, że tętno i światło naczyń zmienia się zależnie od rozmaitych czynników, tak wewnętrznych, jakoteż i zewnętrznych. Najsłabsze podniety, jak np. podrażnienie czoła jednym włoskiem, jak to wykazały doświadczenia Manasseinowéj [37]), Istomonowa [38]) i innych, wywołują w narządzie krwionośnym cały szereg zmian, które trwają nawet po usunięciu podniety. Naczynia obwodowe zwężają się, naczynia w układzie nerwowym rozszerzają się, jednocześnie występują też zmiany w tętnie. Wiadomo także, że wszelkie afekty, emocyje i uczucia, wstyd, gniew, smutek, również wywołują zmiany w narządzie krwionośnym. Podobnie działają same wyobrażenia tych stanów i tak Botkin przytacza jako przykład chorego, który mógł zwalniać tętno, jeżeli rozmyślał o smutnym stanie swego zdrowia. Millner Fothergill przekonał się, że u pewnego młodego człowieka każde skupienie uwagi na jeden przedmiot wywoływało zwolnienie tętna. Również można było obserwować u tego samego chorego zwolnienie, jeżeli odpowiedź na dane mu zapytanie wymagała namysłu. Tarchanow [39]) u dwóch lekarzy, u E. Salomégo i Schlesingera, stwierdził zdolność dowolnego przyspieszenia tętna, u pierwszego z 85 do 130, u drugiego z 85 do 160.

Jeden z moich hypnotyków, a mianowicie K., może również przyspieszać tętno z 80 do 130, jeżeli wyobraża sobie, że się gniewa. Oczywiście więc, że i w stanie hypnotycznym mogą wywoływać zmiany w tętnie i naczyniach te same czynniki, t. j. pewne wyobrażenia itd. i zewnętrzne podniety. Chociaż u hypnotyka K. raz udało mi się wywołać przyspieszenie tętna przez poddawanie, jednak oczywiście z tego nie mógłbym wnosić, że to jest bezpośredni skutek mojego wpływu, gdyż bardzo być może, że u hypnotyka nieświadomo rozkaz mój wywołał takie wyobrażenie, które i bez stanu hypnotycznego i bez mojego udziału wywołałoby w stanie czuwania takie samo przyspieszenie tętna. Przy powtórnych doświadczeniach nie mogłem zauważyć żadnéj prawidłowości. Często przy poddawaniu przyspieszenia otrzymywałem zwolnienie tętna i na odwrót. Jedném słowem zmian, o których tylko co była mowa, nie można uważać za właściwe tylko stanowi hypnotycznemu.

Z większém nieco prawem można twierdzić, że stan hypnotyczny podnosi wrażliwość zmysłów przynajmniéj u niektórych osób; i pod tym jednak względem nie ulega wątpliwości, że poddawanie i samopoddawanie odgrywa bardzo ważną rolę. W każdym razie fakty, które przytoczę niżéj, świadczą o tém, że u hypnotyka, pomimo braku świadomości, sfera nieświadomych czynności mózgu jest bardzo czynna, a nawet w niektórych przypadkach musimy przypuścić pewną nadczułość narządów zmysłowych ośrodkowych. Tak Braid [40]) przytacza, że niektórzy hypnotycy byli w stanie rozpoznać chustki od nosa i rękawiczki dziewięciu, dziesięciu i więcéj osób złożone razem, z którymi się pierwszy raz spotykali, posługując się przytém jedynie powonieniem. Po zatkaniu nosa rozpoznać już więcéj nie mogli. Przytoczyłem już wyżéj fakt podany przez rozmaitych magnetyzerów, a stwierdzony przez Beaunisa, że hypnotyk rozpoznaje z odległości i z tyłu pasy hypnotyzera od innych osób; prawdopodobnie przytém odgrywają rolę zmysł dotyku i słuchu. Binet podaje, że, jeżeli na kawałku papieru podda się jakikolwiek obraz, np. portret pewnéj osoby, to hypnotyk rozpoznaje ten papier wśród innych podobnych i zawsze tylko na tym widzi poddany obraz. C. Sauvaire [41]) opisuje zupełnie analogiczny fakt:

pewnemu hypnotykowi poddano w stanie hypnotycznym, że po obudzeniu się ma widzieć na odwrotnéj stronie karty obraz dziecka. Pierwszy raz zobaczył ten obraz na królu treflowym. Ilekroć potém wyrzucano tę samą kartę, zawsze tylko na niéj widział ten obraz, po czém rozrzucono nową taliję kart odwrotną stroną do góry i hypnotyk wskazał, gdzie leży portret dziecka; okazało się, że to był również król treflowy. Oczywiście więc, że obraz poddany, wyobrażany przez hypnotyka skojarzył się z odcieniem zależnym od barwy i kształtu figury na odwrotnéj stronie karty i że hypnotyk poznał tę kartę po tym odcieniu zupełnie tak samo, jak my odróżniamy kartę pod światłem. Świadczy to jednak o znacznéj nadczułości wzroku. Pod tym względem nadzwyczaj ciekawy fakt podaje Bergson [42]). Zgłosił się do niego jeden z mieszkańców Clermontu z oświadczeniem, że ma kilku hypnotyków, u których bardzo łatwo udają się doświadczenia z poddawaniem myślą. Doświadczenia polegały na tém, że hypnotycy odgadywali liczbę stronnicy książki, którą hypnotyzer trzymał przed sobą, a nawet odczytywali całe wiersze. Przy powtarzaniu tych doświadczeń przez B. okazało się, że rzeczywiście hypnotycy często zgadywali, lecz czasem podawali te liczby w odwrotnym stosunku, np. zamiast 318, 813, tj. w tym porządku, w jakim druk odbija się w lustrze. To podało B. myśl, że hypnotycy muszą czytać w skutek odbicia się liczb od jakiéjś gładkiéj powierzchni. Bliższe badania wykazały, że tą lustrzaną powierzchnią była rogówka i że hypnotycy mogli czytać tylko przy dwóch następujących warunkach: jeśli strona książki była oświetlona dostatecznie, a rogówka osoby patrzącéj znajdowała się w ciemności i powtóre jeśli obraz liczby powstawał na rogówce w miejscu przeciwległém źrenicy. Na podstawie tych doświadczeń doszedł autor do wniosku, że hypnotycy ci czytali liczby na rogówce.

Tenże sam autor podaje, że jeden z wymienionych hypnotyków p. L. był w stanie na mikroskopowéj fotografii wielkości dwóch mm., wyobrażającéj 12 osób, siedzących koło stołu, opisać każdą osobę i odtworzyć jéj pozę; przedtém mu poddano, że fotografija jest wielkości arkusza i on ją taką sobie przedstawiał. Tenże sam hypnotyk, gdy mu podano preparat mikroskopowy z zabarwionemi komórkami i jądrami, w którym średnica komórek nie przenosiła 0,06mm., narysował go zupełnie tak, jak się przedstawiał pod mikroskopem, z tą tylko różnicą, że komórki były narysowane cokolwiek więcéj prawidłowo, niż były w istocie. Szkoda, że autor nic nie mówi o tém, czy hypnotyzowany znał histologiję i czy się nie domyślił, jaki miał preparat przed sobą. W każdym razie w obec dwóch pierwszych faktów można sądzić, że nietylko obwodowy narząd zmysłu wzrokowego był w stanie nadczułości, lecz że prawdopodobnie i pobudliwość ośrodkowych narządów była znacznie zwiększoną.

Bergson podaje inne jeszcze doświadczenie, o którém także wspomnę w tém miejscu. B. stanął z tyłu za hypnotykiem, siedzącym w krześle i poddał mu, że on ma tworzyć z B. jedną osobę, a więc że każde uczucie, które będzie miał B., musi mieć i on, i ma wskazać miejsce, z którego to uczucie pochodzi. Z tyłu za B. stanęła trzecia osoba ze szpilką w ręce; gdy ta ostatnia dotykała się szpilką B., hypnotyk rzeczywiście uczuwał ból i dosyć dokładnie wskazywał na sobie miejsce, które odpowiadało nakłótemu miejscu u B. Czasem jednak wskazywał miejsce ukłucia i wtedy, gdy B. nie czuł żadnego bólu, ponieważ trzecia osoba nie dotykała go, lecz tylko wykonywała ten sam ruch, który wykonywała uprzednio; dopiero gdy trzecia osoba stanęła za drzwiami i dotykała przez szczelinę we drzwiach, hypnotyk niczego nie zdołał odgadnąć, mimo że B. czuł ból dokładnie. Prawdopodobnie więc hypnotyk odczuwał ruchy osoby operującéj igłą, widział lub słyszał je i w ten sposób oznaczył ich kierunek.

Beaunis badał zmiany słuchu w stanie hypnotycznym za pomocą telefonu, połączonego z cewką indukcyjną przyrządu saneczkowego; jako kryteryjum służył najsłabszy ton od indukcyjnego prądu, słyszany w telefonie. Podług odległości jednéj cewki od drugiej można było sądzić o sile prądu, a tém samém o sile dźwięku. W ten sposób w kilku przypadkach znalazł w stanie hypnotycznym pobudliwość zwiększoną, która jeszcze bardziéj się zwiększała w skutek poddawania; czasem spostrzegał téż zniżenie pobudliwości, tak że w ogóle wybitnych zmian nie zauważył; są jednak fakty nie ulegające wątpliwości, że u niektórych osób, osobliwie w skutek poddawania, można wrażliwość słuchu bardzo znacznie zwiększyć.

Jako charakterystyczny objaw stanu hypnotycznego dotychczas powszechnie uważano zwiększenie pobudliwości nerwowo-mięśniowéj; za tém miała głównie przemawiać łatwość, z jaką można wywołać tężec miejscowy lub ogólny u osób zahypnotyzowanych. Niektórzy spostrzegali także zwiększenie odruchów ścięgnistych. Kwestyja ta jednak nie jest dotychczas dokładnie zbadaną; faktem jest, że u wielu hypnotyków jednocześnie z wystąpieniem snu hypnotycznego powstaje mniejsze lub większe stężenie mięśni, tak że ruchy hypnotyków są niezgrabne, nienaturalne i w ogóle utrudnione i niepewne; wymowa niejasna, a niekiedy tak utrudniona w skutek stężenia mięśni do żucia służących, że tylko z trudnością można zrozumieć wymawiane wyrazy; stężenie to występuje jednakowo we wszystkich mięśniach i jest jakby zwiększoném napięciem (*tonus*), które, jak wiadomo, istnieje i w stanie prawidłowym. Stan ten zatém rzeczywiście można byłoby uważać za skutek zwiększenia pobudliwości ośrodków odruchowych; atoli nie podlega wątpliwości, że katalepsyją, *flexibilitas cerea*, kontraktury itp. można wywoływać przez poddawanie lub samopoddawanie bez udziału innych bodźców zewnętrznych, że tężec wywołany przez pocieranie skóry, lub jak to niektórzy magnetyzerowie czynią, za pomocą pasów (pociągnięć) na pewnéj odległości wykonywanych, może być usunięty nie tylko przez silniejsze podrażnienie, lekkie uderzenia po całéj odnodze, lecz może ustąpić wprost na rozkaz hypnotyzera. Wszystko to przemawiałoby za tém, że i zmiany te w czynnościach mięśni zależą od zmian w ośrodkach wyższych kategoryj i najprawdopodobniéj w ośrodkach psychomotorycznych. Za tém przypuszczeniem przemawia to spostrzeżenie, że tężec wywołany u hypnotyka może trwać całe godziny bez najmniejszych zmian i że w ogóle przypomina kontraktury, powstające przy rozmaitych uszkodzeniach ruchowéj powierzchni kory mózgowéj.

Czy pobudliwość ośrodków psychomotorycznych zmienia się w stanie hypnotycznym, dotychczas nie badano. Beaunis starał się zbadać za pomocą siłomierza, jak się zmienia siła w stanie hypnotycznym; z doświadczeń tych wypada, że z 242 osób w stanie hypnotycznym u 31 siła się nie zmieniała, u 41 była zwiększona, u 162 zmniejszona; po obudzeniu się u 29 niezmieniona, u 114 zwiększona, u 71 zmniejszona, w ogóle więc w stanie hypnotycznym siła się zmniejszała; ponieważ ruchy dowolne zależą prawdopodobnie od ośrodków psychomotorycznych, możnaby więc przypuszczać, że właściwie pobudliwość tych ośrodków jest obniżona; że jednak mechanizm powstawania ruchów dowolnych jest

dotychczas prawie nieznany, doświadczenia więc te dla rozstrzygnięcia kwestyi nie mogą mieć żadnego znaczenia.

Najbardziéj się różni od stanu prawidłowego czuwania stan umysłowy u hypnotyków: świadomość i wola, jakto wyżéj już nadmieniłem, albo zupełnie się nie objawiają, albo są mniéj lub więcéj przytłumione; istnieje pewien stan abulii, z którego hypnotyk pozostawiony sobie, wyjść nie może; natomiast pomimo pozornéj obojętności hypnotyk przedstawia nadzwyczajną wrażliwość na każdą myśl, poddaną mu przez inną osobę lub hypnotyzera, jeżeli istnieje stosunek; w ogóle może przedstawić cały szereg najrozmaitszych stanów psychicznych, które po obudzeniu się nie pozostawiają po sobie żadnych widocznych śladów. Na zapytania zwykle odpowiada logicznie, pamięta o faktach, które miały miejsce podczas czuwania, a również i podczas poprzedzających stanów hypnotycznych; wie, gdzie jest, jak się nazywa, poznaje znajome sobie osoby, może wykonywać, chociaż nie zawsze dokładnie, rozmaite czynności, np. czytać, pisać, grać na fortepianie, jeżeli umie; mnożyć na pamięć dość znaczne liczby itd. W odpowiedziach swoich zwykle niczém się nie krępuje, nie ma poczucia wstydu; panny np. na rozkaz hypnotyzera zdejmują ze siebie ubranie; opowiadają najskrytsze rzeczy zupełnie spokojnie. Beaunis, Demarquay i Giraud-Teulon, Liébeault opisują podobne przypadki. Przed Drem Liébeaultem pewna młoda panna odbyła kompletną spowiedź z całego życia; tak że Beaunis twierdzi, iż w stanie hypnotycznym moralny stan hypnotyka objawia się w zupełnéj nagości. Na zapytanie o czém myślą, zwykle odpowiadają, że o niczém. Pamięć w znacznéj większości nie zmienia się; przynajmniéj Beaunis próbował czytać w obec hypnotyków nieznane im ustępy; wypowiadał szeregi liczb i przytém w porównaniu ze stanem normalnym żadnéj pod tym względem różnicy nie zauważył. Są jednak fakty, które świadczą, że u niektórych osób spostrzeganie nieświadome i przypominanie faktów wcześniéj spostrzeżonych, a nawet takich, które nie dochodziły do świadomości, odbywa się łatwiéj w stanie hypnotycznym, aniżeli w stanie czuwania. Jeden z moich hypnotyków W., znajdując się w stanie somnambulicznym, na prośbę, aby opowiedział, co było w czasie snu poprzedzającego ten stan, z taką dokładnością odtwarzał to, co sam wykonywał, wskazywał pozycyje, zajmowane przez inne osoby, ustawiał na miejscu rozmaite przedmioty, że wywołał zadziwienie u wszystkich obecnych. Przypominanie faktów, o których hypnotyk nie pamięta w stanie czuwania, w tym nieświadomym stanie, jakim jest stan hypnotyczny, nie jest rzeczą zupełnie nową; podobne fakty można spostrzegać u osób, które w skutek innych przyczyn również są pozbawione świadomości; tu wskażę tylko na znany powszechnie przypadek z pewną kucharką, która w czasie bredzenia w tyfusie wypowiadała całe ustępy po hebrajsku. Z biografii téj chorej okazało się, że przed kilkunastu laty, będąc sługą u pewnego duchownego, mogła przez ścianę słyszeć, jak jeden z księży głośno w tym języku czytywał. (C. d. n.)

II. O aklimatyzacyi w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu malajskim.

Podał

Dr. Maksymilijan Gumplowicz.

Podróż do Indyj wschodnich w własności lekarza okrętu wojennego holenderskiego i trzechletni z górą pobyt w archipelagu malajskim od r. 1883—1886 podały mi sposobność uczynienia szeregu spostrzeżeń, któremi się w miarę czasu i sposobności podzielić zamierzam z czytelnikami *Przeglądu*. W niniejszym ograniczę się do omówienia tak często poruszanéj sprawy aklimatyzacyi Europejczyków w owych odległych krajach podrównikowych o klimacie gorącym a wilgotnym, tak sprzyjającym wiecznie bujającéj wegetacyi, a tak niegościnnym i niebezpiecznym dla nas mieszkańców stref umiarkowanych. Szczególny zbieg okoliczności ułatwił mi zebranie odnośnego materyjału. Przedewszystkiém, że na okręcie wojennym, z którym w r. 1883 z Holandyi wyruszyłem, prawie przez cały czas mego pobytu w Indyjach z krótkiemi tylko przerwami pozostałem, tak że tych samych ludzi, z którymi Europę opuściłem, przez dłuższy czas, niektórych przez całe trzy lata pod okiem zachowałem. Daléj, że za przybyciem naszém do Batawii, jak to na okrętach wojennych holenderskich w Indyjach zwykle bywa, część załogi okrętowéj zastąpioną została przez krajowców, tak że odtąd zachowanie się ludzi rasy europejskiéj i rasy krajowéj równocześnie i pod temi samemi warunkami higijenicznemi porównywać ze sobą mogłem. Wreszcie okręt nasz w krótkim stosunkowo czasie zwiedził od północnych wybrzeży Sumatry i półwyspu malajskiego aż ku nowéj Gwinei i od Batawii aż ku hiszpańskim Filipinom większą część rozrzuconych tam po obu stronach równika wysp i wysepek i zaszedł do wielu odległych zakątków, kędy rzadko kiedy okręt jaki się zabłądza. W takichto miejscach za przybyciem okrętu ludność krajowa, korzystając z rzadkiéj sposobności, zewsząd się gromadziła upraszając głównie dla ciężko chorych pomocy lekarza europejskiego. Częsty i dłuższy zaś pobyt okrętu w większych portach handlowych i tu i owdzie wycieczki w głąb kraju dały mi możność zetknięcia się z ludnością europejską i pół-europejską w Indyjach osiadłą, jakotéż zwiedzania szpitali wojskowych i krajowych.

Jakkolwiek uwagi następne zebrane zostały prawie wyłącznie w archipelagu malajskim, tyczą się jednak częściowo stosunków wspólnych wszystkim krajom gorącym.

Położenie archipelagu malajskiego — formacyja geologiczna — klimat — ludność. Posiadłości holenderskie w Indyjach wschodnich rozciągają się od 95° do 143° wschodniéj długości (od Greenwich) i od 5° północnéj do 7° południowéj szerokości, a zatem na obszarze około 700 mil geograficznych długości, a około 180 szerokości. Na téj ogromnéj przestrzeni należą do Holandyi z wyjątkiem wysp filipińskich, północnych wybrzeży wyspy Borneo i części portugalskiéj wyspy Timor Deli wszystkie wyspy archipelagu malajskiego i część zachodnia Nowéj Gwinei. Główną siedzibą rządu, a zarazem najstarszą, najbogatszą, najlepiéj zorganizowaną i najludniejszą, bo około 20 milijonów mieszkańców liczącą, posiadłością jest wyspa Jawa ze stolicą Batawiją i wielkiemi miastami handlowemi Surabaja i Semarang. Co do obszaru największą, bo równającą się całemu państwu niemieckiemu, jest wyspa Borneo, po któréj z rzędu następują Sumatra i Celebes.

Średnie i mniejsze wyspy liczą się na setki. Część ich na wschód od wyspy Jawy położona nosi nazwę małych wysp Sundajskich, liczne zaś grupy wysp na wschód od Celebes ku Nowéj Gwinei i ku Australii się rozciągające, stanowią archipelag Molukków, od dawien dawna słynny jako kraj orzechów muszkatowych, goździków i innych specyjałów. Formacyję geologiczną tych krajów cechują łańcuchy gór wulkanicznych, stanowiące jakoby szkielet owych wielkich wysp Borneo, Sumatry, Jawy, Celebes i wielu pomniejszych.

Pracą wiekową z materyjału tych gór utworzone formacyje trzeciorzędna *dilluvium* i rosnące pod naszém okiem *alluvium* wypełniają niejako ten szkielet tworząc ogromne, wiecznie bujną wegetacyją pokryte płaszczyzny. Natomiast rozliczne pomniejsze wyspy i wysepki są tylko jakby ułamkami podniesionego miejscowo przez siły wulkaniczne gruntu morskiego i składają się przeważnie z korali i skorup mięczaków. Tu i owdzie sterczy w pośrodku tych wysp koralowych szczyt wzniesiony z lawy wulkanicznéj lub małe jakie jezioro wskazuje miejsce ugrzęzłego i zaniklego w głębi morza wulkanu.

Własności te formacyi geologicznéj w najściślejszym pozostają związku ze stosunkami zdrowotnemi. Najzdrowszemi mianowicie bywają okolice górskie i wysoko ponad 2000 stóp nad powierzchnię morza położone płaszczyzny, gdzie i ciepłota średnia jest znacznie mniejszą i grunt do rozszerzania się chorób zakaźnych mniéj udatny. W takichto okolicach znajdują się uzdrowiska wojskowe i prywatne jak Buitenzorg pod Batawiją, Gadok i Sinaglaja w górach jawańskich, Fort de Kock w prowincyi Padang w zachodniéj części Sumatry i inne. Cholera i zimnica, albo wcale tam są nieznane albo wyjątkowo tylko się okazują, a tylko nieżyty kiszkowe przy chłodniejszym klimacie częściéj się wydarzają. Natomiast okolice mało ponad poziom morza wzniesione, a zwłaszcza okolice nadbrzeżne i nad ujściem wielkich rzek położone bywają siedzibą najgroźniejszych i najbardziéj rozpowszechnionych w Indyjach chorób, t. j. cholery i zimnicy. Zresztą i tu znaczne miejscowe zachodzą różnice, zwykle od telurycznych lub atmosferycznych stosunków zależne. Gdzie mianowicie grunt tworzy wilgotne, bagniste *alluvium*, ciągle wzrastające przez ogromne masy mułu, jakie wielkie rzeki znaczną część kraju przebiegłszy tutaj składają, gdzie tuż nad brzegiem morza t. z. „żywe,“ opoki koralowe, przy napływie wody morskiéj pokryte, a przy odpływie się odkrywające, zatruwają powietrze wyziewami gnijących istot organicznych, tam napotykamy najgorsze stosunki zdrowotne. Do takich miejsc należała dawniéj sama stolica Indyj holenderskich Batawija „grobem Europejczyków“ przezwana, dopóki osady Europejczyków dawniéj nad samym portem zbudowane, nie przeniesione zostały na odległość kilku tysięcy metrów od portu. Port ten naturalny Batawii, mieszczący jakby rozsiane liczne wysepki koralowe, dotąd pozostał nie zdrowym, a jedna z owych wysepek zwana „Onrust,“ zawierająca warsztaty okrętowe, osławioną jest w tym względzie. Najniezdrowszém może miejscem w Indyjach niderlandzkich jest port Tjilatjap na południowém wybrzeżu Jawy. Jest to jedyny na tém wybrzeżu port dla większéj floty wojennéj dostępny i dla tego przez rząd holenderski fortyfikacyjami wzmocniony i w stałą załogę zaopatrzony. Leży to miejsce pomiędzy bagnami, kilkadziesiąt mil kwadratowych zajmującemi z jednéj, a rozległemi opokami koralowemi z drugiéj strony. Mało kto z Europejczyków, a nawet z krajowców, bezkarnie dłużéj tam zabawi. Najcięższe formy zimnicy ztamtąd pochodzą. Podobne stosunki panują w wielu innych miejscach nadbrzeżnych, chociaż nie w takim stopniu. Między innemi zwiedziłem w r. 1885 port Analabu na zachodniém wybrzeżu Sumatry, gdzie t. z. „benting,“ t. j. maleńki obóz oszańcowany zajmuje wązki teren pomiędzy bagnami a portem. Zastałem tam cały prawie garnizon chory na zimnicę, tak że dla braku ludzi zdrowych chorzy z ciepłotą 39° jeszcze służbę pełnić i na warcie stać musieli.

Nie wszystkie jednak miejsca nadbrzeżne są w tak nieszczęśliwém położeniu. Owszem, gdzie skały wulkanicznéj formacyi, jak granity, bazalty, trachity i t. d. sam brzeg stanowią, a pomiędzy wysterczającemi skałami warstwy czystego piasku brzeg pokrywają, gdzie w pobliżu niema korali, a morze tuż nad brzegiem znacznéj dosięga głębokości, tam stosunki higijeniczne mogą być wcale korzystnemi. Nieraz, jak mi się zdarzyło widzieć, na skalistém, malowniczemi zatokami, przylądkami i wysepkami urozmaiconém wybrzeżu zachodniém Sumatry, przestrzeń zaledwie kilka tysięcy metrów wynosząca oddziela miejsca niezdrowe błotami i koralami otoczone od najzdrowszych skalisto-piaszczystych wybrzeży.

Wspomniane powyżéj wyspy koralowe przez wulkaniczne wzniesienie dna morskiego powstałe rozmaicie się zachowują co do warunków higijenicznych. Gdziekolwiek większy obszar ziemi składa się z gębczastéj lub więcéj zbitéj formacyi wapiennéj, głównie z odłamków korali i skorup mięczaków i t. d. złożonéj, a bez pokrycia na jaw występującéj lub cienką tylko warstwą ziemi urodzajnéj pokrytéj, tam stosunki zdrowotne bywają wcale niezłe. Przekonałem się o tém zwiedzając w kilkakrotnych podróżach grupy wysp Key, Aru i Tenimber, stanowiące najbardziéj na południowo-wschód ku Nowéj Gwinei i Australii wysuniętą część archipelagu Molukków. Są to po większéj części płaskie i nizkie, zaledwie kilkanaście do kilkudziesięciu metrów ponad powierzchnię morza wysterczające, szczupłą jak na owe strony wegetacyją pokryte wyspy, z których niektóre zajmują obszar od kilkudziesięciu do stu mil kwadratowych. Na tych większych obszarach, w niejakiém oddaleniu od wybrzeża morskiego zimnica rzadko kiedy się pojawia, a cholera niekiedy z innych okolic zawleczona niezwykła się rozszerzać. Natomiast inne wyspy mniejsze ale wyższe, składające się po części z gór formacyi wulkanicznéj, po części zaś z gruntu koralowo-wapiennego grubszą warstwą czarnoziemu pokrytego, mianowicie zaś wybrzeża takich wysp, daléj doliny, parowy i okolice bagniste, wreszcie łaguny wązką odnogą morską od lądu odłączone, wiecznie wilgotne i na odmian wodą słodką lub morską zalewane, oto siedziby wielu chorób endemicznych i ciężkich nieraz epidemij cholery i zimnicy. Wspomnieć wreszcie musimy o malutkich tu i owdzie porozrzucanych wysepkach koralowych świeżéj formacyi, po części zupełnie niezamieszkałych, po części czasowo tylko przez rybaków zajmowanych. Już krótki pobyt okrętu w pobliżu takiego miejsca, przez jeden lub dwa dni, wywołać może liczne a ciężkie wypadki zimnicy, a dłuższy pobyt na nich, jak to bywa u strażników świateł sygnałowych, niechybnie wywołuje chorobę znaną pod nazwiskiem *Beri-Beri*.

O ile od formacyi geologicznéj gruntu w znacznéj części zawisłe są stosunki zdrowotne, o tyle gwałtowne zmiany teluryczne nie bez skutku w téj mierze pozostają. Tak n. p. wyspa Amboina w archipelagu Molukków słynęła ze zdrowego klimatu aż po r. 1834, w którym tam miało miejsce gwałtowne trzęsienie ziemi. Odtąd stosunki zdrowotne nagle się pogorszyły. Za kilkakrotnym dłuższym pobytem na téj wyspie w r. 1885 i 1886 przekonałem się, że wprawdzie klimat w ogóle jest zdrowym, że jednak czasem wydarzają się sporadyczne lub nawet miejscowo ugrupowane przypadki cholery, nieraz dość znaczne epidemije zimnicy i sporadyczne przypadki *Beri-Beri*, czego według wiarogodnych opisów przez r. 1835 nie bywało. Podobnież szkodliwy wpływ wywierają nieraz większe wylewy, karczowanie lasów i przekopywanie

większych mas ziemi w różnych celach dokonane. Dwa wybitne przykłady tego rodzaju zdarzyło mi się poznać podczas mego pobytu w Indyjach. Mianowicie na północno-zachodnim krańcu Sumatry, gdzie rząd holenderski od kilkunastu lat usiłuje, jak dotąd nadaremnie, podbić dziki a bitny lud Atjejczyków, aż do początku 1885 r. panowały wcale zadowalające stosunki higijeniczne. Gdy jednak w r. 1884 komenda wojskowa ze względów strategicznych wyciąć kazała lasy i zarośle naokoło całej pozycyi obronnej aż na odległość 1000 metrów, co razem wyniosło około 20 kilometrów kwadratowych terenu, z ukończeniem tych robót wybuchła tam niesłychanie gwałtowna, bezprzykładna dotąd epidemija *Beri-Beri*, która dotychczas jeszcze nie wygasła. Podczas gdy za mej bytności w tych stronach od marca 1884 r. do końca kwietnia 1885 r. tylko 4 przypadki *Beri-Beri* okazały się na naszym okręcie, obecnie znaczna część załogi tam bawiących okrętów podpada tej chorobie, jednak wyłącznie tylko ludzie, którzy czas jaki na lądzie przepędzili. Liczne spostrzeżenia, jakie w czasie mego pobytu w archipelagu zebrałem i powody i rozwagi, których tutaj na teraz wyluszczyć bliżej nie mogę, wzbudziły we mnie przekonanie, że wspomniona epidemija pozostaje w bezpośrednim związku z wycinaniem lasów na wielką skalę. Drugi przykład tyczy się nowego sztucznego portu Batawii, zwanego Tandjok Priok, który kosztem wielu milijonów w pobliżu naturalnego portu wybudowany z początkiem 1886 r., oddanym został na publiczny użytek. Z początku zdawało się, że ogromne a pyszne dzieło ręki ludzkiej zmarnieje bez użytku. Taka tam bowiem zapanowała gwałtowna epidemija zimnicy, że niektóre okręty w krótkim czasie całą niemal załogę postradały, inne obawiały się zawinąć do zabójczego portu. Gdy jednak po niejakim czasie ogromne masy świeżo poruszonej ziemi znowu się ustaliły i pokryły bujną wegetacyją tropijną, stosunki szybko się zmieniły, a w grudniu roku zeszłego na wyjezdnem z Indyj bawiąc w Batawii na okręcie wojennym w nowym porcie stale stacyjonowanym nie zastałem ani jednego chorego na zimnicę. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Odczyty na VI zjeździe internistów niemieckich.

Penzoldt: **O leczeniu suchot płucnych.**

Autor podnosi przedewszystkiem uleczność tej ciężkiej plagi ludzkości, udowadniając twierdzenia swoje licznemi sekcyjami. Jak zwykle tak i tu zadaniem lekarzy byłoby ochronić ludzkość przed tą chorobą. Najodpowiedniej byłoby znaleźć środki niszczące zarazek zewnątrz ustroju. Działanie w tym kierunku musiałoby państwo ująć w swe ręce. Zresztą na razie jestto zadanie niełatwe i długo będziemy musieli czekać na spełnienie tych życzeń. Pozostaje nam skromniejszy zakres działania, w danym zakresie ustrzedz ludzkość od szerzenia się tej choroby. Jakkolwiek dotychczasowe badania nie wykazują nam z wszelką pewnością zaraźliwości suchot, nie wykluczają jednak tejże, dla tego też należy ludzi, szczególniej zaś młodzież usposobioną do suchot, uchraniać od stykania się z suchotnikami, zwracać uwagę, czy mięso nie pochodzi ze zwierząt grużliczych, a mleko od krów grużlicą dotkniętych. Za najodpowiedniejsze pożywienie dla chorych grużlicą dotkniętych uważa autor mięso, w obec faktu, że zwierzęta mięsożerne o wiele rzadziej na cierpienie to zapadają, niż roślinożerne. Zanadto mało zwracają uwagi na tryb, sposób życia i wybór zawodu. Zawód należy wybierać taki, który daje możność przebywania ciągłego na świeżem powietrzu.

Działanie nasze lecznicze jest bardzo ograniczone. Zdaniem autora nie należy nigdy choremu stanu jego taić; wówczas polecenia lekarza o wiele troskliwiej będzie wypełniał. Środków, któremi na chory ustrój działamy, nie wiele mamy. Świeże powietrze, świeże powietrze, i jeszcze raz świeże powietrze. Naturalnie, że wybór miejscowości dla pobytu suchotników jest bardzo ważnym i miejscowościom, w których suchoty nie występują, należy dać pierwszeństwo. Drugim czynnikiem dla utrzymania sił suchotników, jest pożywienie, a najważniejszym składnikiem pokarmów muszą być ciała białkowate i lekko strawne tłuszcze; węgleki wodu o tyle, o ile są znoszone, alkoholu używać należy ostrożnie. Polecać należy chorym używać wiele ruchu, nigdy jednak nadmiernego, jak również z tak zwanem zahartowaniem ostrożnym być potrzeba. Zamknięte zakłady, położone w miejscowościach wolnych od suchot, uważa autor za bardzo odpowiednie do leczenia tychże. Rzeczą państwa jest wziąć chorych ubogich w swą opiekę i umożebnić im leczenie. Jedna jeszcze uwaga: gruczoły limfatyczne, chorobowo zmienione, radzi autor bezwzględnie usuwać, zabezpieczając ustrój przed ogólnem zakażeniem. Środkami aptecznemi nie wiele da się zdziałać. Kaszel usuwać radzi morfinem; przy znacznem wykrztuszaniu poleca wdychiwania terpentyny i taniny, w obec krwotoku radzi sobie morfinem, a w uporczywych przypadkach wdychiwaniami półtora chlorku żelaza, w gorączce zastosowywa środki wedle indywidualności choroby. — Rozprawy nad tym przedmiotem uczestników Zjazdu nie wiele wyświeciły. Brehmer z Görbersdorfu występuje przeciw teoryi zaraźliwości i podnosi korzyści leczenia chorych w zakładach zamkniętych, położonych w miejscowościach grużlicy niedostępnych. Gorączkę radzi usuwać większemi ilościami wyskoku. Dr. Mess sądzi, że wyleczenie w klimacie naszym jest niemożliwem i radzi wszystkich dziedzicznie obciążonych wysyłać w okolice podzwrotnikowe.

Rühle: **O dziedziczności grużlicy.**

Dotychczas obracamy się wśród hypotez. Dziedziczność w ścisłem słowa tego znaczeniu należałoby tak pojmować, że prątki grużlicze dostają się do płodu, albo za pomocą nasienia lub bezpośrednio z matki. Jakkolwiek udowodnionem jest, że nawet w pozornie zdrowych jądrach osób grużliczych prątki się znajdowały, jakkolwiek pewnem jest, że z matek grużliczych płody grużlicze się rodziły, to mimo to przeniesienie choroby przez nasienie męskie i jajko dotychczas jest tylko hypotezą. Prawdopodobniejszem jest przeniesienie choroby po urodzeniu a możebności przeniesienia nie braknie. Nie zdaje się autorowi, aby przenośnikiem choroby było powietrze; bezpośrednie zetknięcie jak: całowanie, picie z tych samych szklanek, jedzenie temi samemi łyżkami, o wiele łatwiej chorobę tę przenieść jest w stanie. Twierdzenie to popiera autor tem, że im ściślejsze węzły łączą osoby zdrowe z osobami grużliczemi, tem łatwiej podpadają grużlicy: małżonkowie, dzieci, przyjaciele zakażają się najłatwiej. Z poznaniem dróg, któremi się zakażenie dostaje, pojęcie dziedziczności szybko zniknie. Główną przeszkodą poznania tych dróg jest długość inkubacyi. — Dyskusyja podnosiła łatwość bezpośredniego zakażenia, wskazując (Fraentzel) na to, iż posługacze szpitalni często z powodu zakażenia tej chorobie podlegają.

Lichtheim: **O niedokrewności złośliwéj.**

Badania Reyera, który w 13 przypadkach niedokrewności złośliwéj, jako przyczynę znalazł brózdogłowca szerokoczłonkowatego (*Bothriocephalus latus*) i wypędzeniem tegoż niedokrewność uleczył, skłoniły autora do badań w tym kierunku. Na 9 przypadków, które miał sposobność obserwować, zaledwo w jednym pasorzyta tego znalazł, jakkolwiek 6 przypadków po śmierci badano. Badania więc autora w widocznéj stoją sprzeczności z doświadczeniem Reyera. Natomiast sądzi prelegent, że zwyrodnienie sznurów tylnych rdzenia pacierzowego, które w 2 przypadkach znalazł, stoją w pewnym dotychczas bliżéj nieoznaczonym związku z niedokrewnością złośliwą.

W dyskusyi Jürgensen przytoczył jeden przypadek niedokrewności uleczony przez wypędzenie brózdogłowca. Litten podnosił natomiast, iż na 12 sekcyj niedokrewności złośliwéj nie znalazł nigdy wzmiankowanego powodu etyjologicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgija.

Robert Abbe (New York): **Plastyczna operacyja wykonana celem zamknięcia znacznéj przetoki krtaniowéj.**

W listopadzie 1885 zgłosił się do autora 45-letni szewc w celu usunięcia znacznéj przetoki krtaniowéj po stronie lewéj. W otwór przetoki téj można było włożyć wielki palec ręki. Przetoka powstała w skutek upadnięcia na nóż szewski trzymany w ręku, który wbiwszy się w lewą stronę krtani utworzył znaczną, mocno krwawiącą, rozwartą ranę chrząstki tarczykowéj. Wprowadzono wtedy rurkę do tchawicy, a po miesiącu starano się zamknąć przetokę, jednak bezskutecznie. Przetokę operowano następnie jeszcze 5 razy bezskutecznie (zbliżając jéj brzegi drutem srebrnym przez założenie szwu szpilkowego). Gdy chory wreszcie zgłosił się do autora, otwór w chrząstce tarczykowéj wynosił w średnicy $^3/_4$ cala; przez otwór ten można było dokładnie widzieć poruszanie się więzadeł głosowych. Przy usiłowaniu fonacyi więzadła podnosiły się i drgały pod kątem 30° do poziomu. Chory mógł wydobyć przytłumiony głos tylko po zamknięciu przetoki pelotą. 13 listopada 1885 pokrył autor przetokę na drodze następującéj operacyi plastycznéj.

Po uśpieniu chorego eterem wykonał najpierw tracheotomiję 2 górnych pierścieni tchawicy. Głośnię zatkano następnie przez przetokę gąbką umocowaną do sznurka wyprowadzonego przez usta. Brzegi przetoki odświeżono szeroko dwoma zaokrąglonemi cięciami, tworzącemi elipsę, z części skóry dolnego odcinka elipsy utworzono płat, podminowawszy skórę od dołu; płat ten odwrócony pokryć mógł dokładnie nietylko jamę samą ale i jéj otoczenie. Przybrzeżne części płatu, niepotrzebne do nakrycia, jamy pozbawiono przyskórka, resztę przestworu eliptycznego odświeżono dla przyjęcia wywróconego płatu. Odwrócony płat przyszyto nad przetoką 2ma rzędami szwu kuśnierskiego. Skórę szyi po obu brzegach cięcia eliptycznego podminowano, pokryto nią płat i zeszyto w środku. Dla zniesienia napięcia nacięto jeszcze skórę w odległości $1^1/_4$ cala od rany i wprowadzono tém cięciem dren. Opatrunek antiseptyczny: usunięcie gąbki z krtani przez usta; szybkie wyzdrowienie; zrośnięcie rany *per primam*. Rurkę usunięto 5go dnia, 10go dnia pozwolono choremu mówić; fonacyja była odtąd prawidłową. (*Annals of Surgery, April* 1887). *Dr. Barącz.*

Ginekologija.

Paweł Bar: **Rak macicy podczas ciąży i porodu.**

Autor zestawia znane z literatury przypadki powikłania ciąży z rakiem macicy i mówi o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. W zapatrywaniach dotyczących badania anatomiczno-patologicznego i drobnowidowego trzyma się zapatrywań Rugego i Veita. Z zestawień autora wynika, że ciąża nietylko przyspiesza bujanie nowotworu, ale nowotwór wywiera wpływ niekorzystny na ciążę, gdyż w trzeciéj części przypadków nastąpiło poronienie lub poród przedwczesny. Ze wszystkich operacyj wykonywanych w celu usunięcia raka macicy podczas ciąży zgadza się tylko na odcięcie szyi macicy i to w czasie, gdy płód jest już zdolny do życia, albowiem ta operacyja wywołuje w trzeciéj części przypadków poronienie. Jeżeli występuje podczas porodu niebezpieczeństwo dla życia dziecka zaleca wykonanie cięcia cesarskiego, w razie gdyby nie było można za pomocą nacięć i wycięcia częściowego nowotworu uzyskać takiego rozwarcia się dróg porodowych, jakieby dozwalało ukończyć poród za pomocą kleszczy. (*Centralblatt für Gynäkologie* Nr. 12, 1887). *Mars.*

Okulistyka.

Dr. Höltzke: **Przyczynek do nauki o działaniu atropiny na oko.**

Zdania autorów co do wpływu atropiny na nerwy pośredniczące w ruchach tęczówki dotychczas jeszcze odbiegają od siebie. Znany fakt, że po zapuszczeniu $^1/_2$—1% rozczynu tegoż alkaloidu występuje po mniéj lub więcéj 20 minutach znaczne, bo blizko 8 mm. w średnicy wynoszące, rozszerzenie źrenicy przy zupełném zniesieniu odczynu na światło i konwergencyja gałek obok równoczesnego porażenia akomodacyi naprowadził na myśl, że działanie to polega na porażeniu kończyn nerwu okoruchowego. Zdanie to, nieulegające żadnéj wątpliwości, zostało przez doświadczenia Bernsteina i Dogiela określone jeszcze szczegółowiéj: okazało się bowiem, że tylko kończyny tego nerwu ulegają porażeniu, nie zaś zwieracz, który oddziaływa w atropinizowaném oku na prąd przerywany bezpośrednio nań zastósowany.

W nowszych jednak czasach zwrócono uwagę na możliwość drugiego jeszcze czynnika: zadrażnienia kończyn nerwu współczulnego, a główny obrońca téj teoryi Stilling opierał się przytém na 2 faktach: 1) że midryaza po atropinie jest znacznie większą niż po prostém porażeniu nerwu okoruchowego, nawet przy zupełném zniesieniu ruchomości tęczówki, 2) że źrenica rozszerzona przy porażeniu nerwu okoruchowego rozszerza się jeszcze znaczniéj po zapuszczeniu atropinu. Oba te fakty, zdaniem autora, nie dowodzą jeszcze czynnego pośrednictwa nerwu współczulnego, atropin bowiem poraża kończyny nerwu okoruchowego, podczas gdy przy porażeniach pnia tegoż nerwu nie wszystkie zakończenia takowego ulegają porażeniu, możliwém jest więc, że do obwodowych zakończeń nerwu okoruchowego dołączają się z rzęskowego lub innych zwojów włókna wpływające na napięcie zwieracza źrenicy, które oczywiście przy atropinie również ulegają porażeniu, podczas gdy inne przyczyny działające na pień nerwu nie dotykają takowych. Że zaś rzecz ma się tak w istocie, dowodzą, zdaniem autora, doświadczenia na zwierzętach. Po przecięciu szyjnéj części nerwu współczulnego źrenica, jeśli teraz na obwodowy koniec nerwu zastosujemy prąd przerywany, rozszerza się jeszcze bardziéj ponad granicę osiągniętą atropinem. Wielkość źrenicy pozostaje przy tém doświadczeniu tą samą bez względu na to, czy oko poprzednio było atropinizowanem lub nie.

Doświadczenia te odnosiły się do ócz zwierząt. Dopiero spostrzeżenia nad zachowaniem się źrenicy w obec równo-

czesnego zapuszczania kokainu i atropinu wykluczyły, zdaniem autora, teoryję Stillinga. Źrenica bowiem rozszerzona atropinem, jak na to pierwszy Weber zwrócił uwagę, rozszerza się jeszcze bardziéj po zakropleniu kokainu, co nie powinnoby mieć miejsca, gdyby atropin sam już wywołał wpływ czynny na kończyny nerwu współczulnego. (*Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk.* 1887 luty). *Dr. Sroczyński.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI w dniu 17 maja 1887.

Przewodniczący prof. Korczyński, obecnych 6 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia o uchwałach Tow. lek. polecających chleb Grahama p. Barucha i stożki mentolowe p. Sobierajskiego, o przyznaniu przez Tow. lek. pewnéj ilości dyplomów uznania i listów pochwalnych dla wystawców grupy 26 wystawy krajowéj i o poleceniu, jakie otrzymał od Tow. lek. do opisania i ocenienia przedmiotów lekarskich higijenicznych, aptekarskich i balneologicznych z Wystawy krajowéj.

2. Pastylki tamaryndowe wyrobu apt. p. Sobierajskiego oddano do oceny Drowi Wachtlowi.

3. Na podstawie rozbioru chemicznego, dokonanego przez prof. Olszewskiego i na podstawie badań tak sposobu wyrabiania jakotéż własności fizycznych gotowego wyrobu uznano placuszki z mąki razowéj czyli tak zwane Albertki Grahama wyrobu p. Czyńskiego, za wyrób zupełnie odpowiedni. Ponieważ placuszki te w stanie świeżym zawierają w sobie 11·44% a wysuszone przy 100° C. 12·18% istot białkowatych, przeto polecono je jako higijeniczny a smaczny pokarm dla zdrowych, który pożywnością swą przewyższa znacznie zwykłe pieczywo, a jako środek dyjetetyczny wszędzie tam, gdzie wśród prawidłowego stanu żołądka wskazane jest podawanie chorym pokarmów pożywnych, lub gdzie należy w sposób łagodny pobudzać przewód pokarmowy. (Wnioski te Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu dn. 18/5 1887).

4. Na wniosek doc. Grabowskiego uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. następujący wniosek co do bulijonu wyrabianego przez p. Solkowskiego w Krysowicach (poczta Mościska): „Ponieważ sposób wyrabiania tego bulijonu jest zupełnie odpowiedni, bulijon jest wydatny, ma smak przyjemny, daje się dłuższy czas przechowywać i odznacza się znakomitą ilością tak azotu jakotéż istot wyciągowych (według rozbioru chemicznego prof. Olszewskiego w 100 grm bulijonu świeżego znaleziono wody 26·18%, części organicznych 67·69%, popiołu 6·13%, a w 100 grm. bulijonu wysuszonego 91·70% części organicznych a 8·30% popiołu; ilość azotu w bulijonie świeżym wynosi 8·35%, a w wysuszonym 11·31%; ilość składników rozpuszczalnych w 80% wyskoku wynosi w bulijonie świeżym 33·7% a w wysuszonym 45·7%, przeto można go używać z korzyścią nie tylko jako bulijon w ścisłém znaczeniu, ale nadto w zastępstwie zagranicznych wyciągów mięsnych, jak np. Liebiga, Ruschenthala, Kemmericha, Brühla i tp. (Wniosek ten przyjęło Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 18 maja 1887).

5. Na wniosek prof. Obalińskiego uchwalono przedstawić Tow. lekarskiemu następujący wniosek co do przetworów opatrunkowych, wyrabianych w fabryce nowo założonéj w Krakowie przez p. mag. farm. Dobrowolskiego: „Ponieważ okazało się, że fabryka założona jest w miejscu odpowiedniém, albowiem na przedmieściu Krakowa względnie najzdrowszém, w domu bardzo czysto utrzymanym i to na jego tyłach położonych wśród ogrodów i sadów, tak iż szkodliwe pyły uliczne lub fabryczne nie mają przystępu, ponieważ fabrykacyja odbywa się pod osobistym nadzorem i przy osobistym udziale p. Dobrowolskiego, ponieważ preparaty dostarczone, osobliwie takie, których najczęściéj się używa, jak gaza jodoformowa, gaza sublimatowa, wata oczyszczona i tp. okazały się zupełnie w dobrym gatunku, czysto odrobione i opakowane; ponieważ wreszcie cena opatrunków przy równéj dobroci z zagranicznemi jest niższa od takowych, osobliwie przy odstawianiu znaczniejszéj ilości, jak np. dla zakładów leczniczych, przeto opatrunki te są polecenia godne.“ (Wniosek ten przyjęty został przez Tow lek. krak. na posiedzeniu w dniu 18 maja 1887, a komisyja przemysłowa została upoważniona nie tylko do kontrolowania wyrobów, ale nadto polecono jéj starać się o jak największe rozpowszechnienie tych opatrunków). Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. D. Biondi: **Mikroby chorobotwórcze w ślinie ludzkiéj.** Od czasu Lannelonguea i Raynauda badano ślinę co do jéj własności zakaźnych i trujących i wykazano, że wnioski rzeczonych badaczów, jakoby po wstrzyknięciu śliny pochodzącéj z człowieka wściekłego musiała powstać u królika wścieklizna, są błędne. I zdrowych ludzi ślina może po zastrzyknięciu sprowadzić chorobę zakaźną. Biondi zajmował się w pracowni higijenicznéj Kocha badaniem, jakie mikroby znajdują się w cieczy ustnéj, jak często się tam pojawiają, wśród jakich warunków i u jakich zwierząt mogą zgubny wpływ wywierać. Z 50 ludzi zdrowych i chorych zbierał B. ślinę, wstrzykiwał ją królikom, morskim świnkom i myszom, poczém jedne zwierzęta po przemijającém niedomaganiu ozdrowiały, inne ginęły, albo tylko miejscowe okazywały zmiany. Zwierzęta padłe ostrożnie płatano, we krwi ich i innych cieczach stwierdzano mikroby w preparatach suchych, następnie hodowano je sztucznie, aby czyste kultury otrzymać a zarazem wstrzykiwano krew zwierzęciu zdrowemu tego samego gatunku celem przekonania się, czy zwierzę ginie potém skutkiem zakażenia czyli téż otrucia. W hodowlach wykrył B. 5 chorobotwórczych mikrobów mianowicie: 1) *Bacillus salivarius septicus*; 2) *Coccus salivarius septicus*; 3) *Micrococcus tetragenus*; 4) *Streptococcus septopyaemicus*; 5) *Staphylococcus salivarius pyogenes.* Pierwsze dwa mikroby sprowadzają zakażenie krwi bez zatrucia i bez zmian miejscowych, jak gdyby śmierć następowała skutkiem nadzwyczajnego mnożenia się tego mikroba. Czwartemu rodzajowi grzybka nadał autor nazwę *septopyaemicus*, ponieważ w niektórych przypadkach obok mnożenia się jego we krwi znajdował także miejscowe ropne ogniska. Piąty grzybek podobnie jak znane *Staphylococci* ropne sprowadzają miejscowe ropienie. (*Zeitschrift f. Hygiene*, T. II, Z. 2). *Dr. Buszek.*

Dr. Emil Ungar i Dr. Guido Bodländer: **O działaniu trującém cyny z uwzględnieniem szczególném grożącego niebezpieczeństwa dla zdrowia przy używaniu cynowanych puszek z konserwami.**

Cyna może się dostawać z pobielania cynowego puszek do konserw i jakkolwiek tworzy w nich połączenie bardzo trudno rozpuszczalne, to przecież może być w przewodzie pokarmowym wessane. Dowiedli tego już dawniéj obaj autorowie znajdując cynę w moczu psa i królika karmionego konserwami, a nawet dwa razy także u człowieka. Obecnie podawali oni wewnętrznie przez przewód pokarmowy i zastrzykiwali pod skórę sole cynowe nieżrące zwierzętom, aby się przekonać, w jakich ilościach, w jakim czasie sole te mogą wywołać zatrucie. Otóż wyniki tych badań przedstawiają się w sposób następujący: wstrzykiwanie podskórne winianu cynowosodowego sprowadza szereg zmian chorobowych a wreszcie może i śmierć po niém nastąpić. Najmniejsze nawet ilości cyny ale często wprowadzane do ustroju są w stanie zaburzyć zdrowie a nawet śmierć sprowadzić. Można przeto na pewne twierdzić, że spożywanie konserw zawierających cynę może doprowadzić do ogólnego przewlocznego zatrucia cynowego. (*Zeitsch. f. Hygiene*, T. II, Z. II). *Dr. Buszek.*

(*S*). W sprawie Izb lekarskich. Izby lekarskie, o których u nas już tylekroć była mowa, ustanowiono obecnie w Prusiech. Sposób, w jaki tamże przeprowadzono zasadnicze punkty programu owych urzędowych reprezentacyj stanu lekarskiego, dowodzi, że rząd uwzględnił życzenia różnych odcieni, a jakkolwiek Izbom lekarskim nie przyznano rygoru dyscyplinarnego, to jednak w obec niekarnych lub niegodnych członków Izby nie jest ona bezbronną. Zresztą niezadługo okaże doświadczenie, czy sposób użyty w tym celu będzie praktycznym i czy uczyni zadość potrzebie. Postanowienia ogłoszone dotąd są dosyć ogólnikowemi; widocznie rozchodziło się zrazu o nakreślenie ogólnego planu, któryby można uzupełnić w miarę potrzeby.

Minister oświaty Gossler wyraża się w postanowieniu têm w ten sposób: W kołach lekarskich widocznêm jest od kilku lat dążenie do utworzenia związków, któreby rząd uznawał za urzędowych przedstawicieli stanu lekarskiego. Dążenie to usprawiedliwionêm jest w obec faktu, że wolne stowarzyszenia lekarskie nie zdołały wszędzie zabezpieczyć w sposób odpowiedni czci i dobra lekarzy. Z drugiéj strony spodziewać się należy, że Izby lekarskie podejmą skutecznie szereg reform i organizacyi, mających na celu interes lekarzy, jak np. zabezpieczenie wdów i sierót po członkach, co już od dawna jest przedmiotem usilnego starania lekarzy.

Potrzeba Izb lekarskich wynika nadto z coraz to większego znaczenia, jakie przybiera publiczna służba zdrowia, a tylko z korzyścią będzie, jeżeli obfite spostrzeżenia lekarzy nieurzędowych dotrą za pośrednictwem urzędowych reprezentacyj do władz i dadzą pochop do odpowiednich zarządzeń. Doświadczenia poczynione z Izbami lekarskiemi w innych częściach państwa niemieckiego, a mianowicie w Saksonii, Bawaryi, Würtembergii i t. d., przemawiają za wprowadzeniem téj organizacyi i w Prusiech, w tym też celu ogłoszono rozporządzenie w zbiorze ustaw pod datą 25 maja 1887.

Rozporządzenie wymienione stanowi, że w każdéj prowincyi ma powstać Izba lekarska przez wolny wybór lekarzy, licząca co najmniéj 12 członków, a zadaniem jéj ma być uwzględnienie wszystkich spraw i okoliczności stanu lekarskiego lub interesu zdrowia publicznego, ma ona nadto urzędowo przedstawiać odnośne spostrzeżenia. Izby lekarskie mają w tym celu wybierać po jednym przedstawicielu, który wstępuje jako nadzwyczajny członek do kolegijum lekarskiego prowincyi lub do naukowéj deputacyi w sprawach lekarskich i wśród ważniejszych posiedzeń tych ciał bierze udział z głosem doradczym. Aby żywioły nieodpowiednie z pośród lekarzy nie wzięły udziału w téj organizacyi, postanowiono, że przewodniczący Izby może pewnym lekarzom, o ile ci nie podlegają władzom dyscyplinarnym, odjąć na zawsze lub na pewien przeciąg czasu prawo wyboru biernego i czynnego, aby zaś uniknąć nadużycia z téj strony, powinien na posiedzeniu takiêm być obecnym komisarz rządowy, a lekarz dotknięty takiêm rozporządzeniem może wnieść zażalenie do Ministerstwa. Nadzór nad Izbami lekarskiemi poruczono prezydentom prowincyj, a o wyniku wyborów w łonie Izby należy w drodze urzędowéj zawiadomić Ministerstwo.

„Tworzenie Izb lekarskich,“ mówi Minister w końcu, „może i powinno mieć miejsce tylko o tyle, o ile reprezentacyja stanu lekarskiego może dodatnio wpływać na polepszenie stosunków zawodu lekarskiego i sprawy publicznego zdrowia. Jakim będzie rozwój téj organizacyi i jakiego znaczenia nabiorą Izby lekarskie, zależeć będzie jedynie od udziału samych lekarzy. Mam jednak nadzieję, znając łączność i zdolności lekarzy pruskich, że w granicach zakreślonych têm postanowieniem postarają się, ażeby Izby lekarskie były instytucyjami dążącemi odpowiednio do celu, jaki ma utworzenie reprezentacyi zawodu lekarskiego.“

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36·2. Z błonicy i dławca umarło 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 obcy (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gruźlicy 7 (8 z. t.); z zapalenia płuc 10 (15 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku błonicy, 1 płonicy, 2 duru brzusznego (z ul. Lubicz i z Podgórza), 1 duru osutkowego (z Prądnika), 1 róży. W tygodniu od 8—14 maja umarło z ospy: we Lwowie 1, w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Budapeszcie 13, w Pradze 9, w Wenecyi 2, w Paryżu 14, w Warszawie 11, w Petersburgu 8. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Drohobyczu 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 7, w Paryżu 14, w Petersburgu 23. Z odry umarło w Kołomyi 6, w Mnichowie 36, w Wiedniu 19, w Paryżu 56, w Londynie 19, w Petersburgu 16. Z płonicy umarło w Kołomyi 3, w Londynie 16, w Petersburgu 11. Z błonicy i dławca umarło w Tarnowie 2, w Czerniowcach 1, w Berlinie 24, we Wrocławiu 13, w Mnichowie 7, w Budapeszcie 11, w Paryżu 30, w Kopenhadze 10, w Londynie 16, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Czerniowcach 2, w Londynie 59, w Liwerpolu 13.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,4; we Lwowie 34,0; w Brodach 15,2; w Drohobyczu 38,3; w Kołomyi 48,1; w Przemyślu 28,8; w Stanisławowie 30,1; w Tarnopolu 19,9; w Tarnowie 38,6; w Czerniowcach 32,0; w Warszawie 21,0; w Poznaniu 34,6; w Wiedniu 30,7; w Salcburgu 34,9; w Gracu 33,8; w Tryjeście 28,5; w Insbruku 44,5; w Pradze 35,9; w Bernie 44,8; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 39,9; w Berlinie 18,2; we Wrocławiu 29,1; w Dreźnie 19,2; w Hamburgu 23,7; w Kolonii 25,3; w Lipsku 17,9; w Mnichowie 37,3; w Strasburgu 23,6; w Amsterdamie 18,2; w Brukseli 25,8; w Budapeszcie 37,9; w Chrystyjanii 21,7; w Kopenhadze 22,1; w Londynie 17,3; w Odesie 23,4; w Paryżu 24,7; w Petersburgu 33,6; w Stokholmie 21,3; w Wenecyi 25,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. Najj. Pan postanowieniem z d. 7 czerwca b. r. z okazyi otwarcia nowego gmachu uniwersyteckiego w Krakowie nadał zwyczajnemu profesorowi i obecnemu Rektorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego Drowi Stanisławowi hr. Tarnowskiemu krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa z gwiazdą, zwyczajnym profesorom wspomnianego Uniwersytetu Drowi Edwardowi Fierichowi i Drowi Emilowi Czyrniańskiemu tytuł radcy dworu z uwolnieniem od taksy, w końcu zwyczajnym profesorom tegoż Uniwersytetu X. kanonikowi Drowi Józefowi Pelczarowi, radcy rządowemu Drowi Fryderykowi Zollowi, Drowi Maurycemu Madurowiczowi i Drowi Leonowi Blumenstokowi order żelaznéj korony trzeciéj klasy z uwolnieniem od taksy.

* Dzień 14 czerwca będzie pamiętnym w dziejach Uniwersytetu naszego. Już w wilię dnia tego odbyło się przyjęcie wspaniałe u rektora hr. Tarnowskiego, które zaszczycili swoją obecnością pp. ministrowie Oświecenia i Skarbu oraz p. Namiestnik. We wtorek rano o godzinie 9éj w sali biblijoteki jagiellońskiéj rektor i dziekani przedstawili wszystkich profesorów i docentów p. Ministrowi Oświecenia, poczêm wszyscy udali się do kościoła św. Anny, gdzie mszę celebrował ks. Biskup krakowski. Koło godziny 11éj profesorowie i goście zaproszeni wyruszyli do auli nowego gmachu, świątecznie przyozdobionego, gdzie na estradzie zajęli miejsce pp. Ministrowie, p. Namiestnik i ks. Biskup. Po przemówieniu ostatniego p. Minister Oświecenia przemówił w języku niemieckim a mowa jego w dosłownêm tłumaczeniu opiewa jak następuje:

„Z radosnêm uczuciem imieniem naczelnéj władzy naukowéj oddaję dziś na pożytek publiczny nowy gmach c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego. W chwili téj, tak pomyślnéj dla rozwoju Wszechnicy krakowskiéj, radbym przypomnieć owe słowa Kazimierza W., który przed więcéj niż V wiekami jasno określił cel i znaczenie téj szkoły głównéj: „...*Sitque ibi scientiarum praevalentium margarita, ut viros producat consilii maturitate conspicuos, virtutum ornatibus redimitos ac diversarum facultatum eruditos; fiatque ibi fons doctrinarum irriguus, de cujus plenitudine hauriant universi literalibus cupientes imbui documentis!*“ Zaiste, spełniły się nadzieje i życzenia królewskiego Założyciela. W zmiennych swych kolejach dzieje Waszego Uniwersytetu wskazują szereg znakomitych nauczycieli, uczniów pełnych zapału i szlachetnych krzewicieli umiejętności! Tak przedewszystkiêm w owym okresie złotym XV stulecia, gdy kwitnęły w nim teologija, matematyka i astronomija. Wtedy to zajaśnieli żywêm światłem dwaj mężowie: orędownik Uniwersytetu, w poczet świętych policzony Jan Kanty, tudzież Mikołaj Kopernik. A zwracając się ku teraźniejszości, możemy śmiało czas, w któ-

rym żyjemy, epokę rządów miłościwie nam panującego Monarchy, nazwać okresem odrodzenia i nowego rozkwitu Wszechnicy. Z zadowoleniem prawdziwém spoglądamy na piękny rozwój, którym się cieszy Uniwersytet właśnie w ostatnich lat dziesiątkach. Liczba słuchaczów podniosła się nadspodziewanie; nowe katedry i zakłady naukowe powstały we wszystkich wydziałach; Akademija Umiejętności, godna siostrzyca Uniwersytetu, do życia została powołaną, a pomyślne załatwienie licznych spraw uniwersyteckich, rozwiązania wymagających, niebawem nastąpi; tém samém uzyska się rękojmię rychłego i wszechstronnego rozrostu Wszechnicy i jéj dalszego powodzenia. Tak więc z otuchą możem wyrazić przekonanie, że do pełnéj chwały przeszłości i teraźniejszości, tyle rokującéj, nawiąże się i pomyślna przyszłość, w któréj Uniwersytet coraz silniéj, coraz skuteczniéj zdążać będzie do szczytnych swych celów: umiejętności i badaniu na pożytek, krajowi i młodemu pokoleniu na zbawienie, Tronowi i Monarchii, pod których skrzydłami opiekuńczemi Wszechnica wskrzeszoną została, ku czci i podzięce!"

Po Ministrze świetną miał mowę rektor U. J. z początku w języku niemieckim zwracając się do Ministra, a następnie w polskim. Wręczenie książki pamiątkowéj p. Ministrowi Skarbu, podziękowanie jego, promowanie przez dziekanów poszczególnych Wydziałów doktorów honorowych i wręczenie dyplomów obecnym nowo promowanym doktorom honorowym, a mianowicie p. Ministrowi Oświecenia, X. biskupowi Krasińskiemu i pp. Matejce i Klaczce, przemówienie p. prezydenta miasta i jednego ze studentów, ofiarowanie przez Tow. techniczne medalionu z popiersiem śp. Księżarskiego, odśpiewaniu kantaty Żeleńskiego były poszczególnemi pięknemi aktami podniosłéj téj uroczystości, która pozostanie w pamięci żywéj wszystkich uczestników a u gości wiedeńskich podziw wywołała.

O godzinie 6éj odbył się w sali Tow. asekuracyjnego obiad składkowy profesorów, na który zaproszono wszystkich obecnych dygnitarzy i na którém liczne wypowiedziano toasty; wreszcie o godzinie 10éj komers studentów na strzelnicy zakończył godnie dzień pamiętny.

* Z wielu stron wyrażono zdziwienie, że o sprawie tyle ważnéj dla Wydziału lekarskiego, Uniwersytetu i kraju, jaką jest obsadzenie opróżnionéj katedry chirurgicznéj, nic dotychczas nie wspomnieliśmy. Słyszeliśmy zarzuty, że sprawę tę lekceważymy, że milczymy uporczywie, pomimo, że rozpisują się o niéj dzienniki polityczne, że wróble na dachu o niéj śpiewają. Bolesne były dla nas zarzuty, po części słuszne, a mimo to milczeć musieliśmy, krępowani rozporządzeniem ministeryjalném, wedle którego nie wolno omawiać spraw wydziałowych, w toku jeszcze będących. Obecnie atoli, gdy załatwienie sprawy jest bliskiém, gdy nadto zostaliśmy upoważnieni do sprostowania pogłosek mylnych, tém chętniéj głos zabieramy, o ile wywięzujemy się tylko z długu na sobie ciążącego, a miło nam także uspokoić obawy, którym ze swego stanowiska słusznie daje wyraz w ostatnim numerze szanowna nasza koleżanka *Gazeta Lekarska*. Zgadzając się na jéj wnioski, z przyjemnością jednak poczuwamy się do obowiązku konstatowania, że premisa, z których te wnioski wysnuwa, na szczęście była mylną. O nominacyi kandydata wiedeńskiego absolutnie mowy nie ma, a mamy prawo teraz oświadczenia stanowczego, że tylko chirurg polski otrzyma katedrę krakowską i że obsadzenie jéj nastąpi w ciągu paru tygodni zgodnie z życzeniem uniwersytetu i kraju, tak że nowo mianować się mający profesor czynność swoją rozpocznie z d. 1 października rb.

Po wyrazach pełnych uznania i dla wszechnicy naszéj wielce zaszczytnych, których p. Minister nie szczędził podczas bytności swéj w Krakowie, po jego zapewnieniu, że dla Uniwersytetu naszego wszystko robić będzie, aby umożebnić dalszy jego rozwój, — zbyteczną byłoby rzeczą dowodzić, że zarzut uczyniony mu przez *Gazetę Lekarską*, jakoby dążył do germanizowania Wszechnicy jagiellońskiéj, jest bezpodstawny; i ten zarzut polega na mylnéj informacyi, jakoby po śmierci śp. prof. Piotrowskiego chciał obdarzyć nas Niemcem. Znając jak najdokładniéj tok sprawy, zapewniamy, że o kandydacie Niemcu wówczas również mowy nie było, jakkolwiek pewien kandydat wiedeński byłby był gotów podjąć się zadania studyjowania języka polskiego w Krakowie.

* P. Minister Oświecenia zatwierdził uchwałę Wydziału, nadającą Drowi Rudolfowi Trzebickyemu, 1mu asystentowi, a obecnie zastępczo kierującemu kliniką chirurgiczną, *veniam legendi* z chirurgii.

* P. Prezes Majer powrócił już z Warszawy, dokąd udał się był w towarzystwie docenta Grabowskiego, celem zwiedzenia wystawy higijenicznéj.

* W Krynicy było dotąd gości 81, w Cieplicach czeskich 1725.

* **Wiedeń**. Śledztwo, przeprowadzone w szpitalu powszechnym skutkiem zarzutów podniesionych w Radzie państwa przez jednego z posłów, nie zdołało dostarczyć dowodu, jakoby te zarzuty były uzasadnione należycie.

* **Paryż**. Na posiedzeniu Tow. anatomicznego w d. 10 bm. odbytém Dr. Prus z Krakowa miał drugi wykład o zmianach wątroby pod wpływem drażnienia środkami termicznemi i chemicznemi ze szczególniejszém uwzględnieniem karyokinezy i o karyokinezie w komórkach wątrobowych w ziarnieniu przerostowém wątroby. Rzecz objaśnił odpowiedniemi preparatami mikroskopowemi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Dr. Akos Azary habilitował się jako docent epizoocyologii. — **Berlin**. Rząd zamierza urządzić tu drugą katedrę anatomii opisowéj. — **Algier**. Dyrektorem kliniki lekarskiéj mianowany został Dr. Cochez. — **Genua**. Prof. Brigidi z Modeny powołany został jako profesor anatomii patologicznéj. — **Montpellier**. Katedrę anatomii patologicznéj otrzymał Dr. Kiener. — **Petersburg**. Katedrę anatomii opisowéj po Gruberze otrzymać ma prosektor jego Dr. Tarnecki.

* **Odznaczenia**. Starszy lekarz sztabowy Dr. Neudörfer przeniesiony w stan spoczynku otrzymał wyraz zadowolenia cesarskiego i charakter jeneralnego lekarza sztabu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 24: Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.); Tetza: Cierpienie skóry głowy w postaci mięsakowatych tworów. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Herynga: O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Karol SZADEK: O pierzchnicach czerwonych kończystych (Odbitka z *Gazety Lek.* 1887) in 8vo str. 10.

TENŻE: Karbolan rtęci i zastósowanie jego w przymiocie (Odbitka z *Gazety Lek.* 1887) in 8vo str. 15.

Dr. DOBIESZEWSKI: Sur le traitement des hemorrhagies passives par les sources de Marienbad. (Odbitka z *Bullet de Therap.* 1887) in 8vo str. 11.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Moh. Elektrody dyfuzyjne wyrabia Emil Preyer w Krakowie, mechanik i elektrotechnik. Na drugie pytanie odpowiadamy: nie jest racyjonalném.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 bm. o godzinie 6éj **w sali Akademii umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém prof. Cybulski dokończy wykładu u hypnotyzmie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W celu uzyskania posady lekarza miejskiego w Żmigrodzie z remuneracyją do nowego roku 1888 150 złr, prócz ubocznych dochodów, zaś od nowego roku 1888 rocznéj remuneracyi 200 złr. prócz dochodów, które składać się będą, a to: oględziny zmarłych, oględziny bydła na rzeź przeznaczonego, połowa dochodu w czasie jarmarków i dochód z komisyj sądowo-lekarskich. Ubiegający się o tę posadę ma być doktór wszech nauk lekarskich — termin do dnia ostatniego czerwca 1887 r., wnieść należy na ręce Naczelnika gminy.

Żmigród d. 6 czerwca 1887. *Myczkowski*
naczelnik gminy.

Dr. Mieczysław Kittel

ordynuje jak lat poprzednich od 10 maja do 20 września

WE FRANCENSBADZIE

Neugasse. Schwarzes Ross.

Podczas sezonu zimowego w Meranie.



naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń) z silném działaniem leczniczém w **osłabieniu, niedokrewności, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach miesiączki** i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia w aptece Wiszniewskiego w Krakowie

---

Kurort Ober-Salzbrunn

na Śląsku.

Stacyja kolei (2 godzin od Wrocławia) 407 metrów nad poziom morza: umiarkowany klimat górski, miejscowość **wyróżniająca się przez pierwszorzędny zdrój alkaliczny,** przez **zakład żętyczny** (żętyca krowia, kozia, owcza, względnie mleko ośle) ciągle i skutecznie usilująca przez powiększenie i upiększenie spacerów, łazienek, mieszkań odpowiedzieć wszelkim wymaganiom. Co do skutku leczniczego, to tenże uznany w cierpieniach **krtani, płuc i żołądka, w zołzach, cierpieniach nerek i pęcherza, dnie i dolegliwościach krwawnicowych,** szczególniéj odpowiednim jest zdrój ten dla **niedokrewnych i ozdrowieńców.** Ulubiona pora wiosenna i jesienna. Rozsełka od dawna uznanego „**Oberbrunnen**" przez pp. **Furbach i Strieboll** w **Ober-Salzbrunn.** Wiadomość co do mieszkań

w książęcéj inspekcyi zdrojowéj.

„**Kefir**" w książ. zakładzie żętycznym przyrządzany przez aprobowanego aptekarza pod szczególnym nadzorem jednego z lekarzy zdrojowych.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

BYSTRA pod BIELSKIEM

(Śląsk austr.)

stacyja kolei Bielsko-Żywieckiéj

otwarty z dniem 15 maja.

Leczenie wszystkiemi środkami wodoleczniczemi, miesieniem i elektrycznością.

Lekarz zakładowy **Dr. HENRYK HALSKI.**



Zakład zdrojowo-kąpielowy (w Galicyi)

stacyja kolei „Iwonicz"

Szczawy alkal. słone — jod i brom zawierające.

Kąpiele mineralne, borowinowe, igliwiowe, tuszowe i rzeczne.

Mleko, żentyca, inhalatoryjum.

Znakomita stacyja klimatyczno-lecznicza.

Sezon od 20 Maja do końca Września.

Lekarze: **Dr. Kl. Dębicki, Dr. Z. Rieger.**

Prospekta i t. d. rozseła *Dyrekcyja.*

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia dwóch dzieci wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dawno uznana naturalna przeczyszczająca



WODA
Franciszka Józefa gorzka

wyborna przez swe łagodnie rozwalniające a silnie przeczyszczające działanie

zawiera w 100 grm. siarkanów 47·9 chlorku magnu 1·8, dwu węglanu sodowego 12. — Na składzie we wszystkich składach wód mineralnych; uprasza się jednak Panów Lekarzy używać zawsze oznaczenia **„Franciszka Józefa Woda gorzka"**

Dyrekcyja rozsełki w Budapeszcie.

JAWORZE (Ernsdorf)

koło Bielska na Śląsku austr.

Zakład wodoleczniczy i żętyczny uzdrowisko klimatyczne 360 metrów nad poz. m. u stóp Beskidu śląskiego. Kąpiele igliwiowe i inne. Kuracyja mleczna, kefir, miesienie (*massage*), apteka zaopatrzona we wszelkie wody mineralne, nowo zbudowany wodociąg wybornéj źródlanéj wody do picia, urzęda pocztowy i telegraficzny, w miejscu restauracyja zakładowa w własnym zarządzie i t. d. Pora kąpielowa od 1 maja do końca września. Lekarz zakładowy Dr. St. Smoleński, docent Uniw. Jag. Zgłoszenia przyjmuje Inspekcyja kąpielowa w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Śląsku austr.

ZDROJOWISKO SOLANKOWO-BOROWINOWE I ZAKŁAD HYDROPATYCZNY

MORSZYN

fundacyja dla wdów i sierót po lekarzach galicyjskich

otwarty od 15go maja.

Położenie podgórskie zdrowe, urządzenie wygodne, kuchnia doborowa.

Kąpiele słoneczne (Sonnenbäder).

Stacyja kolejowa, poczta i telegraf w miejscu. — Zgłoszenia przyjmuje i objaśnień udziela

Dr. Aleksander Medwey

lekarz kierujący.

Iszy KONCESYJONOWANY

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

Weterynarza miejskiego i docenta Weterynaryi poleca zawsze

ŚWIEŻĄ i PEWNĄ KROWIANKĘ

zbieraną dwa razy w tygodniu.

Cena fioli na 8—10 pustułek 1 Złr.

Lwów. — Ulica Batorego 7 (dawniéj Halicka).

Skład we Lwowie w aptekach pp. Pipesa, Mikolasza i Kochanowskiego, w Krakowie w aptece p. Redyka, Siedleckiego i Trauczyńskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 25 Czerwca 1887. Nr. 26.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut
1szy asystent tegoż zakładu.

Poszukiwania nad komórkami olbrzymiemi gruźliczemi (*Sbornik lékarsky* I. 2 i *Archives slaves de biologie* II 3). doprowadziły mnie do rezultatów, które stoją w sprzeczności z poglądami dwóch tak kompetentnych autorów jak Baumgarten i Weigert. Przyszedłem mianowicie do przekonania, że komórki olbrzymie nie są komórkami w całém tego słowa znaczeniu, t. j. jedną masą pierwoszcza z wielu jądrami, lecz konglomeratem komórek śród- i nabłonkowych, przedstawiających pewien okres przemian wstecznych, jakim wszystkie produkty gruźlicze z czasem ulegają.

Zwolennicy teoryi proliferacyjnéj nie przedstawili dotąd całego obrazu, jaki okazywać powinna komórka jakakolwiek, która przemienia się w komórkę olbrzymią. Wszak nie ma na to dowodu, że tak zwane protoplazma komórki olbrzymiéj jest prawdziwym protoplazmatem w całéj swéj masie. Nie zauważono dotąd również żadnych zmian w jądrach komórki olbrzymiéj, zmian, któreby świadczyły za ich czynnością proliferacyjną. Jak długo tym dwom wymaganiom nie stanie się zadosyć, musimy odmówić komórkom olbrzymim natury komórkowéj, bo wszystkie zjawiska spostrzegane na tych tworach w daleko prostszy i jaśniejszy sposób wytłumaczyć się dają na innéj drodze.

Jak wiadomo, komórki olbrzymie (bez laseczników gruźliczych) nie są właściwością tylko gruźlicy, znaleziono je bowiem w wielu innych zupełnie różnych sprawach chorobowych. Otóż co do tych ostatnich komórek olbrzymich chcę dzisiaj podać wynik moich spostrzeżeń.

Przedmiotem moich badań były komórki olbrzymie powstające naokoło ciał obcych, daléj w bliznach narządów miąższowych, wreszcie w niektórych nowotworach, mianowicie w mięsakach olbrzymiokomórkowych.

1) Komórki olbrzymie naokoło ciał obcych. Spostrzeżenia, że naokoło ciał obcych powstają komórki olbrzymie, są dosyć liczne. Szczegółowo zajmowali się niemi Senftleben (*Ueber den Verschluss der Gefässe nach der Unterbindung. Virchow's Archiv* T. 77, pag. 421), Kraus (*Beiträge zur Riesenzellenbildung in epithelialen Geweben. Virchow's Archiv* T. 95, pag. 249), Marchand (*Ueber die Bildungsweise der Riesenzellen um Fremdkörper. Virchow's Archiv* T. 93, pag. 518), Naegeli (*Ueber den Einfluss der Pilze auf die Bildung von Riesenzellen. Archiv f. exp. Pathologie*, T. 19, 162) i inni. Senftleben, który wszystkie składniki organizującego się zakrzepu wyprowadza z leukocytów, a mianowicie także komórki epitelioidowe, komórki olbrzymie uważa za produkt tych ostatnich. Komórka epitelioidowa przez dalszy wzrost ma się stać olbrzymią, a ma to miejsce w bezpośredniém sąsiedztwie ciał obcych. Kraus podobnie jak Baumgarten i Raab wyprowadza komórki olbrzymie i epitelioidowe z śródbłonków przewodów odżywczych, naczyń włosowatych. Między komórkami epitelioidowemi a olbrzymiemi przypuszcza ten autor tylko różnice stopniowe, przyznaje jednakże możebność spływania komórek epitelioidowych naokoło ciała obcego i powstawanie tym sposobem komórki olbrzymiéj, jest zatém zwolennikiem obu teoryj, t. j. konfluencyjnéj i proliferacyjnéj. Naegeli pozostawia tę kwestyję nierozstrzygniętą i wspomina wyraźnie, podobnie jak Marchand, że figur karyokinetycznych ani na jądrach komórek epitelioidowych, ani komórek olbrzymich nigdy nie zauważył.

Kwestyja zatém tak komórek epitelioidowych jakoteż olbrzymich powstających naokoło ciał obcych jest do dzisiejszego dnia otwartą.

Moje doświadczenia wykonałem podług metody Senftlebena (l. c.). Kawałki prawidłowych płuc królika stwardłe

w spirytusie wprowadzałem po wydaleniu z nich wyskoku za pomocą sterylizowanej wody do brzucha dorosłych królików z zachowaniem wszystkich przepisów aseptycznych, potrzebnych przy laparotomii. Po 7—13 dniach wydobywałem je po zabiciu królika. Znajdowałem je zawsze przytwierdzone do jednego z narządów brzusznych, najczęściéj do kiszek i otoczone delikatną błonką białawą. Wycinałem je z częścią narządu, z którym były spojone i wkładałem zaraz do mięszaniny kwasu osmowego, chromowego i octowego (Fleming 1% kwasu chromowego 15 vol., 2% kwasu osmowego 4 vol., kwasu octowego 15 kropel). Po trzech dniach twardnienia w tym rozczynie robiłem z takiego materyjału skrawki lub też dopiero po następowém wymyciu przez 2 godziny w płynącéj wodzie i twardnieniu przez 2 dni w spirytusie. Stwardnienie w rozczynie kwasu chromowego, osmowego i octowego, sporządzonym podług przepisów Fleminga, zupełnie wystarcza i preparaty mikroskopowe były tak dobre jak i z materyjału twardzonego następnie jeszcze w spirytusie. Jako najlepszy barwik okazał mi się safranin i to rozczyn wodny z małą domieszką rozczynu wyskokowego. Żaden inny barwik nie oddziela tak dokładnie istoty chromatycznéj od achromatycznych części jądra, jak właśnie safranin. Rozczyn wodny safraninu ma słabszą siłę barwiącą, niż rozczyn z domieszką rozczynu wyskokowego. Nie zauważyłem, aby wyskokowy rozczyn safraninu Babesa miał jakąkolwiek wyższość. Pół godziny barwienia wystarczało do uzyskania jasnych obrazów. Dłuższe barwienie nie szkodzi, wymaga tylko energiczniejszego odbarwienia w zakwaszonym wyskoku ($^1/_4$% HCl.) Postępując według téj metody barwienia otrzymujemy okazy bardzo jasne, zostaje zabarwioną safraninem istota chromatyczna jąder i osłonka jądra, podczas gdy protoplazma i inne elementy otrzymują barwę mniéj lub więcéj cisawą. Przez używanie barwików innych (*gencyjana*, *eozyn* i innych) nic nie zyskujemy na jasności obrazów mikroskopowych. Barwiony następnie gencyjaną (rozczyn wodny, 1 minuta) otrzymuje cały preparat z wyjątkiem istoty chromatycznéj jąder lekki odcień barwy brunatno-niebieskawéj, osłonka jąder barwi się jasno-fioletowo, istota chromatyczna zatrzymuje safranin.

Metoda Grama okazała się mniéj dobrą do barwienia istoty chromatycznéj jąder, natomiast za pomocą niéj można uwydatnić lepiéj pewne właściwości innych składników nowowytworzonéj tkanki, mianowicie owych mas, z których się składa komórka olbrzymia. Rezultat badania mikroskopowego skrawków barwionych powyższemi sposobami był następujący: Na preparatach przed 10 dniem wydobytych z jamy brzusznéj widać było tylko gdzieniegdzie komórki olbrzymie, najliczniejszemi były one dnia 13go. Cała powierzchnia preparatu nieprzylegająca do otrzewny pokryta jest jak wspominałem cienką błonką. Składa się ona z delikatnych pasmek tkanki łącznéj z nielicznemi wrzecionowatemi i wielkiemi owalnemi jądrami. Komórki limfoidalne tylko gdzieniegdzie można było zauważyć. Bujanie tkanki łącznéj do pęcherzyków i w ogóle zmiany nowotwórcze miały miejsce tylko w powierzchownych warstwach płuc przylegających do narządu, z którym kawałek płuc był zrosły. Reszta preparatu, mianowicie też bezpośrednio pod ową nowowytworzoną błoną, okazywała tylko rozpad. Błona ta pokrywająca kawałek płuc bezpośrednio przechodziła w błonę surowiczą. Otrzewna w miejscu zrostu jest znacznie zgrubiałą, a przechodzi bez żadnéj granicy w tkankę wypełniającą przylegające pęcherzyki. Błona surowicza podobnie jak i nowowytworzona tkanka w pęcherzykach składa się z włókienek tkanki łącznéj, przebiegających w różnych kierunkach, licznych naczyń i komórek najrozmaitszych kształtów i wielkości. Głównie znajdują się komórki limfoidalne, epitelioidowe, wrzecionowate i olbrzymie. Komórki limfoidalne nie są w ogóle liczne, najliczniejsze jeszcze w bezpośredniém otoczeniu naczyń, gdzie tworzą dosyć gęste gromadki. Ma to jednak miejsce tylko naokoło niektórych naczyń. Komórki epitelioidowe są rozprószone wśród całéj tkanki, a na niektórych miejscach są wyłącznemi składnikami komórkowemi. Nie brak ich także i wśród wyżéj wspomnianych gromadek leukocytów. Jądra ich są pęcherzykowate, wielkie, często większe od jąder przybłonków, kształt ich okrągły lub lekko owalny i różna ilość (niekiedy uderzająco wielka) pierwoszcza. Największe z nich mają zaledwie ślady istoty chromatycznéj, na innych tylko osłonka jądra jako ostry i miejscami zanikający kontur widoczna. Na komórkach epitelioidowych spostrzegamy bardzo często mitozy. Na jądrach leukocytów nie zauważyłem ich nigdzie. Również dosyć często spotykałem mitozy na obrzmiałych śródbłonkach naczyń. Oprócz tych komórek znajdują się formy, których ani do komórek epitelioidowych, ani do leukocytów nie można zaliczyć, zdaje się, że to są postacie przejściowe. Nowowytworzona tkanka wypełniająca pęcherzyki, jakkolwiek jest dalszym ciągiem wyżéj opisanéj błony surowiczéj, przedstawia pewne właściwości. W niéj to prawie wyłącznie znajdują się komórki olbrzymie. O powstawaniu składników téj tkanki najlepiéj pouczają nas preparaty z dnia 7. W tym czasie znajdujemy w pęcherzykach, naczyniach i oskrzelach komórki o wielkich pęcherzykowatych owalnych lub okrągłych jądrach, często z mitozami i z wielką masą pierwoszcza. Kształt pierwoszcza jest często gwiazdkowaty, prawie zawsze wychodzą z niego wypustki, które komunikują z sąsiedniemi, a łączą się także z nekrotyczną ścianą pęcherzyka. Tym sposobem tkanka ta jest jakby siatkowatą, siatka składa się z wypustek pierwoszcza, niekiedy dosyć szerokich, a oczka są próżne lub w nich inne komórki wielkie, ale bez wypustek, lub pokurczone leukocyty. Oczka te w skutek grubości wypustek są okrągławe. Pierwoszcze niekiedy tak przeważa nad jądrami, że na jeden pęcherzyk przypada zaledwie kilka jąder, a reszta wypełniona jest siatkowatém pierwoszczem. W tym pierwoszczu drobnoziarnistém dają się odróżnić liczne włókienka wnikające do niego ze ściany pęcherzyków. W innych wreszcie pęcherzykach znajdujemy tylko ową drobnoziarnistą masę bez żadnego śladu jąder, a w niéj okrągławe otworki na kształt wakuol. W ostatnich niekiedy pokurczone leukocyty, silnie się barwiące. W pęcherzykach bliższych powierzchni znajdujemy miejscami tkankę wyżéj zorganizowaną z naczyniami krwionośnemi, na śródbłonkach tych ostatnich niekiedy mitozy. Oprócz owych mas drobnoziarnistych z nielicznemi jądrami komórek olbrzymich właściwych w preparatach z 7 dnia nie spotykam. Są one bardzo liczne w preparatach z dnia 13. Stosunek ich do nowowytworzonéj tkanki od części płuc jest zwykle taki, że wypełniają one część pęcherzyka, stykają się bezpośrednio ze ścianą jego, podczas gdy druga większa lub mniejsza część zajętą jest nowowytworzoną tkanką łączną z wielkiemi owalnemi i wrzecionowatemi jądrami i licznemi naczyniami. Jak różnemi są przecięcia poprzeczne pęcherzyków co do wielkości i kształtów, tak i komórki olbrzymie okazują pod temi względami największe różnice. Ich masa pierwoszcza otacza ściany przegródek, wciska się we wszystkie najdrobniejsze zagłębienia i szparki, przechodzi bez żadnéj

granicy w masy komórek olbrzymich w sąsiednich pęcherzykach. Powstają tym sposobem masy w najrozmaitszy sposób porozgałęziane z licznemi wypustkami (do swych szczelin), w których bez żadnego ładu są porozpraszane jądra. Te ostatnie na pewnych miejscach nagromadzone są w wielkiéj ilości, na innych zupełny ich brak, tak, że mamy przed sobą tylko masy drobnoziarniste bez śladu jąder, poprzerywane bezbarwnemi przegródkami pęcherzyków. Takie komórki olbrzymie stoją w bezpośrednim związku z nowowytworzoną tkanką łączną, lub oddziela je od niéj wolna szpara lub wreszcie komórka olbrzymia komunikuje z tą tkanką za pomocą cienkich lub grubych mostków tego samego wejrzenia, co reszta pierwoszcza. W pierwszym razie granica między ciałem komórki olbrzymiéj a przylegającą tkanką jest albo dosyć wyraźną, albo ta tkanka przechodzi bez wyraźnéj granicy powoli w komórkę olbrzymią. Dzieje się to tym sposobem, że granica między pojedynczemi komórkami i włókna tkanki łącznéj zanikają, a wszystko, co oddziela od siebie jądra, staje się drobnoziarnistą masą, zupełnie podobną do reszty pierwoszcza komórki olbrzymiéj. Zamiast komórek olbrzymich znajdujemy często na ścianach przegródek jedno lub 2-warstwowy pokład komórek epitelioidowych, niekiedy z mitozami, z których niektóre za pomocą wypustek pierwoszcza łączą się z sobą lub w całéj masie spływają zostawiając niewyraźne ślady (ciemne linijki) dawnych swych konturów. Granica pierwoszcza niektórych z tych komórek nie jest ostrą, otacza ją drobny jak gdyby pyłek molekułów, w który zdaje się takie pierwoszcze rozkładać.

Tak zwane pierwoszcze komórek olbrzymich nie wszędzie przedstawia się jednakowo. Zwykle jest ono drobnoziarniste, ale ziarna te blado-cisawo zabarwione (safranin) okazują różną gęstość, gdzieniegdzie są tak blizko siebie, że jako takie zanikają, a pierwoszcze na tém miejscu ma wejrzenie prawie jednostajne. Granica pierwoszcza ku owéj wyżéj wspomnianéj szczelinie rozdzielającéj komórkę olbrzymią od nowowytworzonéj tkanki łącznéj, jest jużto ostrą, jużto nierówną, a rozkłada się jakby w drobniutki pyłek molekułów cisawo zabarwionych.

O różnych innych własnościach tego pierwoszcza pouczają nas najlepiéj preparaty barwione metylwioletem podług metody Grama lub Weigerta (*Ueber eine neue Methode zur Färbung von Fibrin. Fortschritte der Medicin* Nr. 8, 1887, pag. 228). Części tego pierwoszcza, które są więcéj jednostajne, otrzymują tylko lekki odcień barwy fijoletowéj, zaś części, które nam się przedstawiały na preparatach safraninowych jako złożone z molekułów cisawo zabarwionych, składają się z samych ziarnek i włókienek dosyć silnie metylwioletem się barwiących. Około zaś jąder znajdujemy często więcéj zbite masy cisawe (zabarwione jodem), a brzegi ich rozpadają się w owe niebieskie molekuły i włókna. Skład zatém pierwoszcza nie jest tak prostym, jakby to wnosić można było z preparatów safraninowych. Za pomocą metody Weigerta lub Grama pierwoszcze daje się rozłożyć w pojedyncze molekuły i włókienka, jakotéż w pewne terytoryja otaczające jądra a inaczéj się barwiące (jodem) i więcéj zbite. (Przy téj sposobności przekonałem się, że metodą Weigerta (l. c.) polegającą na dyferencyjowaniu zabarwionych preparatów za pomocą anilinu i kreozotu dają się silnie zbarwić najdelikatniejsze włókienka włóknika. I inne jednak istoty oddziaływają na tę metodę dodatnio, jak n. p. włókna elastyczne, tkanka kostna. Z drugiéj strony zauważyłem, że na preparatach stwardniałych w roztworze Fleminga włóknik barwi się tak dobrze jakąkolwiek barwą anilinową, a wyskok lekko zakwaszony kwasem solnym daje ten sam rezultat, co mięszanina Weigerta, mianowicie najsilniéj pozostaje zabarwiony siatkowaty włóknik).

Na uwagę zasługują także jądra komórek olbrzymich. Jak już wspomniałem, ilość ich i sposób ułożenia są różne i nie da się ująć ich stosunek pod temi względami w żadne formy. Obok komórek o bardzo licznych jądrach spotykamy komórki o wielkich masach pierwoszcza, a o jedném (nawet bez) lub kilku jądrach. Uderzającą własnością tych jąder jest to, że są bardzo ubogie w istotę chromatyczną. Ani śladu mitoz w nich nie spotykałem. Podobnie wielkość i kształty ich są różne. Przeważają okrągłe a nieco większe od leukocytów. Względnie najwięcéj jeszcze istoty chromatycznéj zawierają małe okrągłe jądra, a zupełnie podobne do leukocytów. Często spotkać je można obok jąder przybłonków na brzegach komórki olbrzymiéj. Częste są wreszcie jądra owalne o wiele większe od przybłonkowych, a zawierające zaledwie ślady istoty chromatycznéj. Składników powstałych z rozpadłych jąder nie spotyka się nigdzie. (C. d. n.)

II. W sprawie techniki operacyjnéj przy bocznéj faryngotomii.

Podał

Prof. Dr. Mikulicz w Królewcu.

W numerze 24 Przeglądu Lekarskiego opisał prof. Obaliński przypadek, w którym w celu usunięcia mięsaka jamy połyku podług własnéj metody boczną faryngotomiję wykonał; prof. Obaliński zaleca „swoją“ metodę w miejsce przez Kochera i przezemnie podanego postępowania.

Zasadnicza różnica między cięciem podaném przezemnie najpierw przed czterema laty, a operacyją opisaną przez Obalińskiego polega na tém, że on gałęzi dolnoszczękowéj przepiłowanéj przy kącie szczęki nie wyłuszczył, lecz ją po skończonéj faryngotomii z trzonem dolnéj szczęki za pomocą szwu kostnego złączył.

Pozwalam sobie przypomnieć, że postępowanie polecone przez prof. Obalińskiego już przed przeszło czterema miesiącami na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego z dnia 26 stycznia r. b. [1]) opisałem i kolegom zaleciłem. Przedstawiłem tę modyfikacyję pierwszéj méj metody jako tymczasową resekcyję gałęzi dolnoszczękowéj, zalecając jéj zastósowanie we wszystkich tych przypadkach, w których po faryngotomii szczękościsku przez skurczenie się blizn lub recydywę obawiać się nie potrzeba, a więc w przypadkach nowotworów otorbionych, pod błoną śluzową leżących lub nie sięgających aż do łuków podniebienia. Natomiast i dzisiaj jeszcze zalecam pierwotne moje postępowanie w przypadkach raka rozciągającego się daleko poza łuki podniebienia. Częściéj niestety, niżbyśmy sobie życzyli, liczyć się musimy tutaj właśnie z recydywą połączoną z nadzwyczaj bolesnym w tych razach szczękościskiem. Ktokolwiek miał sposobność widzenia niewymownéj męki, doznawanéj przez takich chorych przy jedzeniu, piciu i mówieniu, ten nie będzie się wahał z góry zapobiedz szczękościskowi za pomocą resekcyi gałęzi dolnoszczękowéj [2]).

---

[1]) Prof. Obaliński na tém posiedzeniu był obecny, jak to wynika z protokółu w Nrze 10 Przeglądu Lekarskiego.

[2]) Obaliński wątpi, czy którykolwiek z chirurgów pierwszą moją metodę przyjmie. Wątpliwości te usunąć mogę, zape-

Tymczasową resekcyję gałęzi dolnoszczękowéj poleciłem jeszcze w innym celu, a mianowicie w celu odkrycia i wycięcia trzeciéj gałęzi nerwu troistego aż do otworu jajowatego. Operacyję tę wykonywa się w ten sam sposób, jak przy faryngotomii, tylko że po przepiłowaniu dolnéj szczęki nie narusza się ściany połyku, lecz preparuje się wzdłuż nerwu żuchwowego i językowego trzecią część nerwu troistego aż do podstawy czaszki.

Na wyżéj wspomnianém posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego przedstawiłem chorego, na którym w powyżéj zaznaczony sposób tymczasową resekcyję gałęzi dolnoszczękowéj w celu wycięcia trzeciéj gałęzi nerwu troistego wykonałem. Obecni koledzy mogli się przekonać, że zrośnięcie przepiłowanéj kości było kostne i że, na co wtenczas główny nacisk położyłem, nie wynikło żadne uszkodzenie funkcyi. Zresztą nigdy nie wątpiłem o tém, jak mniema Obaliński, że podług mojego sposobu przepiłowana dolna szczęka zrosnąć się może. Wątpliwości, jakie miałem, tyczyły się tylko resekcyi wewnątrz jamy ustnéj według v. Langenbecka, pozostawiającéj często przeszkadzającą nieforemność dolnéj szczęki.

III. W sprawie techniki operacyjnéj przy bocznéj faryngotomii.

Odpowiedź **Prof. Obalińskiego.**

Pisząc moją rozprawkę, w N-rze 24-ym Przegl. Lek. umieszczoną, wiedziałem o tém, że prof. Mikulicz w dniu 26-ym stycznia b. r. na posiedzeniu Tow. Lek. Krak. przedstawiał chorego, któremu przy pomocy tymczasowéj resekcyi szczęki dolnéj wyciął trzecią gałąź nerwu troistego, jako też, że u tego chorego szczęka się dobrze zrosła, — lecz i na tém koniec; nie było mi bowiem wiadomém, przynajmniéj sobie nie przypominam, żeby prof. Mikulicz to samo postępowanie i do wyjęcia nowotworów migdałka był podówczas proponował; nie ma téż o tém wzmianki i w protokóle, do którego odwołuje się prof. M. w swym powyższym artykule. Nie wiedząc zaś o późniejszych zamiarach trzymałem się ściśle opisu jego metody w tym celu podanéj (Przegl. Lek. 1883 Nr. 48 i 49). Że zaś wcale pomysłów prof. Mikulicza za swoje podawać nie chciałem, świadczy najlepiéj ta okoliczność, że opisując moje postępowanie wyraźnie powiadam: „sposób postępowania łączący w sobie wszystkie korzyści metody Kochera i Mikulicza a zarazem usuwający tychże niekorzyści.“

Lecz pomijam ten pomiędzy wierszami tylko widoczny a wcale niezasłużony zarzut milczeniem a przechodzę do właściwéj rzeczy zasadniczéj.

Otóż i w dzisiejszym artykule twierdzi prof. Mikulicz, że w razie nowotworów migdałka znacznie po za łuki rozszerzonych polecałby nadal swój pierwszy sposób, t. j. z wyłuszczeniem wyrostka stawowego szczęki dolnéj. Ja zaś pozwolę sobie jeszcze raz twierdzić, że to jest zbytecznem, albowiem niezeszycie drutem przepiłowanych połów szczęki dolnéj, t. j. założenie tamże nowego stawu, zupełnie, zdaniem mojem, zapobieże czy to sztywności stawu, czy téż bolesnemu szczękościskowi. Ponieważ jednak jedno i drugie do rzadkości należy, przeto łatwiéj jest zdecydować się i operatorowi i pacyjentowi na tymczasową resekcyję z ewentualnym stawem sztucznym, niż na wyłuszczenie gałęzi szczęki dolnéj.

Wreszcie końcowy ustęp o obawach niedobrego zrośnięcia się przepiłowanéj szczęki nie może być tłumaczonym jako tylko odnoszący się do metody v. Langenbecka, gdyż motyw: „już to w skutek nekrozy płaszczyzn przepiłowania“ podany w pierwszéj pracy na str. 609 Przeg. Lek. z r. 1883 odnosić się może do każdego przepiłowania w ogóle a nie tylko metodą v. Langenbecka. Miałyżby inne metody przywiléj uwalniający je od tego rodzaju nekrozy?

wniając: że kilkakrotnie zawiadomiono mnie bądź ustnie bądź piśmiennie o faryngotomijach wykonanych ze skutkiem podług mojéj metody. Küster z Berlina (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 50) omawia dokładnie mój sposób postępowania i uważa wycięcie gałęzi dolnoszczękowéj jako główną zaletę téj operacyi.

IV. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Każdy stan wywołany utrzymuje się przez pewien czas, niekiedy dopóty, zanim zostanie wywołany stan inny; cała więc czynność umysłowa hypnotyka nietylko jest nieświadoma lecz jakby odruchowa; jeśli impuls jest dany, machina umysłowa hypnotyka jest wprawiona w ruch i może funkcyjonować nawet bardziéj prawidłowo, aniżeli w stanie czuwania. Wrażliwość mózgu hypnotyka niekiedy bywa tak znaczną, że każde słowo zwrócone do niego, każda myśl wypowiedziana, wywołuje odpowiednie wyobrażenie (lub uczucie), choćby była najbardziéj niedorzeczną. W ten sposób można go pobudzić do wykonania najniedorzeczniejszych czynności; wmówić, że jest inną osobą lub przedmiotem nieżyjącym; przytém hypnotyk stosuje swoje zachowanie się odpowiednio do nowéj osobowości. Tak jeżeli się poddaje hypnotykowi, że on jest czworonożném zwierzęciem, wtedy staje na czworaku i udaje kota lub mysz; jeżeli te role poddaje się dwom hypnotykom równocześnie, to natenczas kot stara się mysz złapać itp. (Delboeuf[44]). Jedném słowem stosownie do poddanéj roli wykonywają czynności, które łączą się z pojęciem o téj roli. Jeśli następczo przemienia się osobowość hypnotyka poddając, że jest dzieckiem, starcem, panną lub jakąś znakomitością, to niektórzy hypnotycy nietylko zmieniają postawę, lecz i charakter pisma stosownie do roli, którą mają przedstawić. Tak samo można wywołać rozmaite uczucia: smutek, wesołość, gniew, zemstę, poddać hypnotykowi, że u niego brakuje tego lub innego członka; wywołać halucynacyje wzroku, słuchu, dźwięku itp., jak już wyżéj wymieniłem. Hypnotyk może widzieć nieistniejące osoby, w ogóle zmieniać można te stany do nieskończoności.

Ta wrażliwość hypnotyka na poddawanie istnieje nie tylko w stanie hypnotycznym, lecz i po obudzeniu się w stanie czuwania, osobliwie jeżeli hypnotyk był wielokrotnie usypiany; dla tego u wielu hypnotyków można wywołać opisane wyżéj stany bez poprzedniego hypnotyzowania wprost w stanie czuwania. Przykład tego już przytoczyłem, mówiąc o sposobach hypnotyzowania. Jeśli hypnotykowi zapowiada się, że on śród pewnych warunków uśnie, to zwykle sen następuje; w podobny sposób można wywołać halucynacyje, skurcze, porażenie ręki lub nogi itd., zupełnie tak samo, jak w stanie hypnotycznym; różnica polega tylko na tém, że hypnotyk tylko pozornie czuwa; powiadam pozornie, ponieważ doświadczenia Carpentera (*Mental physiology*), Delboeufa i moje

własne przemawiają za tém, że stan ten jest tylko pewną modyfikacyją stanu hypnotycznego; jest jakby częściowym somnambulizmem. Przy doświadczeniach tego rodzaju można spostrzegać najrozmaitsze stany przejściowe od stanu zupełnego czuwania aż do najgłębszego snu; w każdym razie świadomość hypnotyków nie jest zupełną. Często czas, w którym jakaś czynność poddana wykonaną została, dla świadomego „ja" hypnotyka nie istnieje; ze stanu tego budzi się sam, albo trzeba go obudzić; o tém przejściu z jednego stanu do drugiego zwykle hypnotyk sàm zdaje sobie sprawę.

Przy poddawaniu w stanie czuwania według Beaunisa najłatwiéj udają się halucynacyje słuchowe i wewnętrznego czucia, a także zmiany w narządach ruchowych. Poddanych w stanie czuwania ruchów hypnotyk czasem nie wykonywa, lecz mimo to twierdzi, że je wykonał; prawdopodobnie, że w tych przypadkach powstają tylko wyobrażenia tych ruchów zupełnie tak jak we śnie.

Oprócz poddawania w stanie czuwania i w stanie hypnotycznym w ostatnich latach szczególną uwagę zwróciły na siebie poddawania w stanie również hypnotycznym, lecz różniące się od opisanych wyżéj tém, że poddawania te nie wykonywają się we śnie hypnotycznym, lecz po obudzeniu się zaraz lub w kilka minut, dni, tygodni, miesięcy itd.; więc niby na jawie: poddawania te hypnotycy wykonywają niekiedy z wielką ścisłością; przytoczę kilka przykładów.

Bernheim[45]) powiada do jednéj ze swych pacyjentek, zostającéj we śnie hypnotycznym, że po obudzeniu się będzie widziała u jednego z obecnych brodę ogoloną do połowy i olbrzymi srebrny nos. Po obudzeniu się hypnotyczka przez jakiś czas rozgląda się po pokoju i gdy wzrok jéj padł na wymienioną osobę, zaczyna się śmiać i zapytuje: „czyś pan przegrał zakład, żeś musiał brodę ogolić z jednéj strony; a to co za nos!" i tak w dalszym ciągu widzi wymienioną osobę taką, jaką miała być podług poddania.

Voituron[46]) podaje następujący przypadek: pewnemu aptekarzowi znajdującemu się w towarzystwie lekarzy poddano w śnie hypnotycznym, że w pięć minut po obudzeniu się ma pójść do apteki, znajdującéj się w pewnéj odległości, i przynieść flaszkę amonijaku; po obudzeniu hypnotyk spojrzał na zegarek i wziął udział w rozmowie toczącéj się pomiędzy obecnymi; w kilka minut spojrzawszy powtórnie na zegarek, wyszedł do miasta nie mówiąc dokąd; po niejakim czasie wrócił niosąc flaszkę amonijaku i w dalszym ciągu rozmawiał. Po upływie kilku minut nagle zwraca się z zapytaniem: czy on wychodził, czy nie; jakkolwiek więc na pozór wykonał poddaną czynność, jakby zupełnie w stanie prawidłowym, to jednak to zapytanie zwrócone do kolegów świadczy, że świadomość przez ten czas była znacznie przytłumioną.

Jednemu z moich hypnotyków w stanie hypnotycznym zapowiedziałem, że w pół godziny po obudzeniu się ma postawić w środku pokoju 4 krzesła, na tych piąte i na tém ostatniém usiąść; obudzić się zaś ma w 10 minut. Hypnotyk przez 10 minut zostaje w spokoju, czasem otwiera oczy. Po 10 minutach budzi się, przeciera oczy, wstaje, pije wodę, chodzi po pokoju, pali podany papieros, rozmawia jednak niechętnie, nic odpowiada na moje zapytania, jest niespokojny i wygląda, jak człowiek nieprzytomny; po upływie 20 kilku minut szybko kieruje kroki ku środkowi sali, z impetem odsuwa stół, który przeszkadzał ustawieniu krzeseł w samym środku, nareszcie ustawia 4 krzesła, na nich piąte; zręcznie podnosi się na to ostatnie, siada, raptownie zeskakuje, na twarzy jego maluje się uśmiech zadowolenia i budzi się zupełnie; rozmawia, zachowuje się jak zwykle w stanie prawidłowym i o niczém nie pamięta.

Delboeuf [47]) poddaje we śnie hypnotycznym swojéj służącéj J., że nazajutrz o 9éj zrana ma przyjść do niego i uczesać mu brodę. Nazajutrz 5 minut po 9téj J. przychodzi do niego trzymając w ręku grzebień, wyraz twarzy ma taki, jaki zwykle miewa w stanie hypnotycznym. W chwili gdy się zabiera do czesania brody, D. dmucha jéj w twarz, przytém wyraz jéj twarzy nagle staje się zwyczajny i świadomość wraca zupełnie, J. stwierdza, że teraz czuje, iż jest zupełnie obudzoną, lecz nie przypomina sobie, czy przedtém była uśpioną.

Dr. Mesnet[48]) powiada do uśpionego hypnotyka: widzisz pan łańcuszek od zegarka p. X., widzisz pan go? — Tak. — A więc rozkazuję panu jutro podczas mojéj wizyty wziąć go zręcznie razem z zegarkiem, schować do kieszeni i zaraz wyjść; zrozumiałeś pan mnie? Hypnotyk nic nie odpowiada, lecz widocznie wyraża zdziwienie i niezadowolenie. M. powtarza jeszcze raz poddanie, nareszcie hypnotyk odpowiada, — dobrze — potém odprowadzają go do łóżka i tu M. budzi go dmuchnięciem w twarz. Nazajutrz, wchodząc do sali o godzinie 9, M. znalazł hypnotyka w przedpokoju w stanie zupełnie zwyczajnym, nie widział najmniejszego skupienia uwagi, ani zakłopotania w jego twarzy. W rozmowie na wszystkie zapytania dawał odpowiedzi zadowalające, skarżył się tylko na bezsenność, czyli raczéj na to, że miał sen niespokojny. Podczas wizyty M. hypnotyk rozmawiał z uczniami, z mniejszém jednak zajęciem, aniżeli zwykle i z szczególniejszém zainteresowaniem się spoglądał na p. X. (sekundaryjusza M.); po wizycie, któréj w dalszym ciągu hypnotyk nie towarzyszył, M. zawezwał go do kancelaryi. Tu z początku hypnotyk rozmawiał zupełnie przytomnie, lecz, gdy do nich przyłączył się p. X., przestał zwracać uwagę na rozmowę, stał nieruchomy z oczami zwróconemi na łańcuszek p. X., po niejakim czasie widocznie wpadł w stan hypnotyczny, wyraz i kolor twarzy, oddychanie przez jakiś czas się zmieniały; nakoniec postąpił naprzód; kilka razy podsuwał rękę do łańcuszka; nagle odpiął go od kamizelki, wydobył zegarek z kieszeni, schował do swojéj kieszeni, wyszedł z pokoju i szybko się skierował po schodach w dół na pierwsze piętro. Tu został z trudnością zatrzymany przez służącego; M. obudził go dmuchnięciem. Wróciwszy z nim razem do kancelaryi na zapytanie: zkąd wraca, co zrobił, odpowiadał, że nic nie wie; gdy wyjęto zegarek z jego kieszeni, energicznie zaprotestował, że nie jest złodziejem, płakał, wzdychał i w ogóle przedstawiał wyraz głębokiego wzruszenia.

Przy samopoddawaniu na terminy oznaczone, jak o tém przekonałem się na jednym z moich hypnotyków, zjawiska przedstawiają się zupełnie tak samo i stan, w którym hypnotyk wykonywa czynność zamierzoną, niczém się nie różni od stanu opisanego w powyższych przykładach.

Przez poddawanie terminowe można hypnotyków pozbawić zmysłów lub wywołać ich zmianę np. daltonizm, wywołać afazyję częściową lub całkowitą; zmienić osobowość, poddawać rozmaite halucynacyje, wmówić uczucie głodu lub pragnienia, wywoływać tak zwane halucynacyje ujemne itd.

Przy poddawaniu halucynacyj ujemnych hypnotykowi zapowiada się, że po obudzeniu nie będzie słyszał lub widział téj lub owéj osoby, lub rzeczy; jeżeli przytém zwróci się uwagę, że przedmioty, które ta osoba trzyma w ręce, hypnotyk ma widzieć, to niektórzy po obudzeniu rzeczywi-

ście nie widzą wymienionéj osoby, lecz widzą np. pierścień na palcu, cygaro w ustach itp., i to jako przedmioty znajdujące się w powietrzu. W ogóle jednak takie nienaturalne zjawisko zajmuje hypnotyka mało i z całego zachowania się jego można widzieć, iż on nie jest zupełnie obudzony i jest nie zupełnie świadomy.

Kwestyja, w jakim stanie hypnotycy wykonywają terminowe poddania, ma bardzo doniosłe znaczenie, nie jest jednak dotychczas rozstrzygniętą. Znaczna część autorów uważa to za stan prawidłowy, lecz na podstawie doświadczeń Delboeufa, dokładnie spisanych protokółów innych autorów i tego co dotychczas mogłem obserwować u osób hypnotyzowanych przezemnie, stanowczo muszę twierdzić, że tak nie jest; że hypnotycy wykonywając czynności po obudzeniu się nie są obudzeni, nie czuwają prawidłowo i nie są zupełnie świadomi. Po wykonaniu czynności poddanéj hypnotycy albo sami się budzą, albo trzeba ich obudzić, właśnie teraz wyraźnie można widzieć to przejście z jednego stanu do drugiego. Hypnotycy Delboeufa często sami zwracali uwagę, że już nie śpią. Przy poddawaniach, które się wykonywa zaraz po obudzeniu, budzenie jest jakby środkiem przeprowadzenia hypnotyka ze snu głębokiego do snu lżejszego, do stanu somnambulicznego. Nie ulega wątpliwości, że ten stan somnambuliczny przedstawia różnice zależne od indywidualności i niekiedy jest tak podobny do stanu czuwania, że przez pewien czas nie można określić, czy to jest stan czuwania, czy sen somnambuliczny; hypnotyk rozmawia logicznie, chodzi, wykonywa rozmaite czynności, lecz dmuchnąć mu w oczy, wtedy się budzi, po chwili nie pamięta o niczém, co było w stanie poprzednim; jeśli długo zostaje w tym stanie, to cały ten przeciąg czasu dla niego nie istnieje. Podobny fakt obserwowałem u jednego z moich hypnotyków, mianowicie pana W., który zwykle dość trudno się budził. Pewnego razu przyszedłszy do przekonania, że stan, który trwał po wykonaniu poddanéj czynności, a który z początku uważaliśmy za stan czuwania, był właściwie stanem somnambulicznym, kazałem mu włożyć ręce do miednicy ze śniegiem. Zaraz się obudził i był nadzwyczaj zdziwiony, w jaki sposób z pokoju, w którym się pierwéj znajdował (przed półtory godziną), znalazł się w innym, trzymając ręce w miednicy ze śniegiem.

Jeśli poddana czynność lub halucynacyja ma nastąpić nie zaraz po obudzeniu się, ale w kilka godzin, dni lub tygodni, to hypnotyk przez cały czas aż do chwili, w której ma wykonywać czynności, jak twierdzą autorowie, bo sam téj kategoryi zjawisk nie obserwowałem, zostaje w stanie zupełnie prawidłowym. Z dokładnych jednak protokółów w wielu razach można stanowczo wnosić, że stan, w którym poddana czynność zostaje wykonana, jest zupełnie podobny do wyżéj opisanego i do tego, jaki się wywołuje przy poddawaniu w stanie czuwania, czyli że jestto również stan somnambuliczny. Że stan ten niekiedy bardzo trudno odróżnić od stanu czuwania, przytoczyliśmy przykłady, trudność ta zwiększa się jeszcze w skutek tego, że zależy on nietylko od indywidualności hypnotyka, lecz od charakteru i treści poddania, tak, że można spostrzegać najrozmaitsze jego stopnie. Zjawisko to jednak nie powinno zadziwiać, gdyż sam stan hypnotyczny, jak to wspomnieliśmy wyżéj, przedstawia się nie jednakowo. Richet [49]) np. wspomina o dwóch kobietach, o których wyraża się w ten sposób: u tych dwóch kobiet między stanem snu magnetycznego a czuwaniem nie ma téj wybitnéj różnicy, którą znajdujemy w klasycznych dziełach; można u nich wywoływać wszystkie zjawiska... przy otwartych oczach i przy zupełném zachowaniu świadomości ich osobowości. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Odczyty na VI Zjeździe internistów niemieckich.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Prof. Nothnagel: **O umiejscowieniu chorób mózgowych.**

Temat obrany ograniczył referent li tylko do klinicznego stanowiska, pomijając w zupełności doświadczenia fizyjologiczne na zwierzętach, jakkolwiek umie cenić wysoką wartość tychże. Jednem z najbardziéj interesujących pytań jest lokalizacyja fizyjologicznych funkcyj w korze mózgowéj. Zasadnicze pytanie, czy istnieje w ogóle lokalizacyja na korze mózgowéj, rozstrzygnął Broca słynnemi swemi oznaczeniami umiejscowienia ośrodka mowy; obecnie idzie nam o rozstrzygnienie umiejscowienia innych funkcyj. Sposób badania tych funkcyj w tym kierunku dawno już został oznaczony przez prof. Charcota. Poleca on poszukiwanie jak najbardziéj odosobnionych zboczeń, którymby odpowiadało ograniczone ognisko chorobowe mózgu.

Trzymając się téj metody doszedł referent do przekonania, że zboczenia zmysłu wzrokowego mają swe siedlisko w korze mózgowéj. Zboczenia te są bardzo różnorodne. Połowicza ślepota (*hemianopsia*), ślepota umysłowa, która często łączy się z barwoślepem, podmiotowe obrazy i zjawiska świetlne, oto są zboczenia zmysłu wzrokowego. Centrum dla połowiczéj ślepoty ma swe siedlisko w korze pierwszego zwoju potylicznego. Zdarzały się przypadki, w których przy obrażeniach téj okolicy zboczeń zmysłu wzrokowego nie spostrzegano, próby jednak wzrokowe w przypadkach tych nie były dokładnie robione. Niekiedy znajdowano zmiany w drugim i trzecim zwoju potylicznym, w obec istniejącéj hemianopsyi; wskazuje to zatém, iż ośrodek ten ulegać może indywidualnym zmianom, gdyż liczne przypadki innego tłumaczenia nie dozwalają. Ośrodek dla ślepoty umysłowéj przekłada prelegent w pozostałą resztę kory potylicznéj. Istnieją i zboczenia ruchowe, które autor odnosi do zboczeń w korze. Porażenia nerwów twarzowego, języko-ruchowego i odnóg powstają w następstwie zboczeń w *Gyri centrales* i *lobulus paracentralis*. Ośrodek zmysłu mięśniowego znajduje się w płacie ciemieniowym; zboczenia wywołują bezład mięśniowy. Nie wiele dotychczas mamy wiadomości o umiejscowieniu zboczeń czucia, z wszelką pewnością jednak twierdzić można, że nie leżą w płatach: potylicznym, skroniowym i w największéj części czołowego, zdaje się, że umiejscowione są w zwojach centralnych, ciemieniowych i tylnéj części zwojów czołowych. Oto są zdobycze nasze w patologii kory mózgowéj. Wiemy daléj, że zastępowanie chorobowo zmienionych części kory mózgowéj przez inne części jest niepodobném. Z twierdzeniami naszemi dotyczącemi ruchu zdaje się stać ten fakt w sprzeczności, że zniszczenie ogniska ruchowego kory nie prowadzi do utraty pojęcia ruchu, pochodzi to jednak ztąd, że nie należy ośrodków tych uważać za miejsca, gdzie wyobrażenia powstają, ale za punkty, zkąd wyobrażenia przechodzą w akcyję, w ruch. Wszystkie te fakty, w każdym razie udowadniają zasadnicze prawo, że patologija wykazuje dla człowieka lokalizacyję ośrodków w korze mózgowéj.

Naunyn: **O umiejscowieniu bezmówności** (*Aphasia*).

Umiejscowienie téj zmiany chorobowéj odkrytém zostało przez prof. Brokę w r. 1867, nazwę nadał Trousseau. Już wówczas oddzielano z grupy tego cierpienia niemotę sprowadzoną osłabieniem umysłowém lub porażeniem przyrządów mówienia. Odróżniano trzy grupy bezmówności: bezładną (ataktyczną), gdy chory słowa wymówić nie umiał, amnestyczną, w któréj znikało pojęcie słowa, parafazyję (mówienie wadliwe), gdy chory przemieniał słowa i zgłoski. Wernicke postawił na ich miejsce bezmówność motoryczną i sensytywną (ruchową i czuciową) i dodał jeszcze formę przez Kussmaula ustanowioną „głuchoty wyrazów," gdy chory wyrazów wymówionych nie rozumie. Niekiedy mimo dokładnych poszukiwań w zwoju Broki żadnych ognisk nie znaleziono, mimo zboczeń w mowie niekiedy zaś mimo zmian mowa była utrzymaną. W pierwszym razie przypuszczamy, że drobne ogniska przeoczono, w drugim że prawdopodobnie strona prawa zastępstwo objęła. Sam autor niniejszéj pracy uznaje następujące formy: 1) bezmówność ruchową czyli bezładną, 2) czuciową, czyli bezmówność z głuchotą wyrazów, 3) mówienie wadliwe (*paraphasia*). W celu dokładnego umiejscowienia powyższych zmian zrobił sobie referent dwa schemata mózgu, na których stale oznaczał miejscowości, gdzie występowały zmiany w różnych formach bezmowności. Agrafia dotychczas nie znalazła odpowiedniego miejsca. Tablice prelegenta wykazują, że przypadki bezmowności ruchowéj wywołują przedewszystkiém zmiany w zwoju Broki, bezmówności czuciowéj w miejscu przez Wernickego oznaczonêm ($^2/_3$ tylne górnego zwoju skroniowego), trzecia zaś forma zajmuje oba miejsca. Pozostało jednak około $^2/_3$ przypadków trzeciéj grupy, które w dotychczas oznaczonych miejscach zmian nie wywołały, wywołały atoli zmiany w okolicy, gdzie *Gyrus angularis* w płat potyliczny przechodzi. W końcu nadmienia prelegent, że różnice indywidualne i funkcyjonalne ważną odgrywają rolę. (Dok. nast.)

Chirurgija.

M. Lannelongue (Paryż): **Uwagi o guzach krwawych czaszki komunikujących z podłużną górną zatoką.**

Autor spostrzegł u dziecka na czaszce guz miękki, niedający się odprowadzić i rozpoznał guz naczyniakowy. Autopsyja jednak wykazała, że guz ten przedstawiał szypułkę przechodzącą przez błonę łączącą obie kości ciemieniowe i że tenże dwoma znacznemi żyłami łączył się z zatoką podłużną. L. znalazł tylko 21 opisów przypadków podobnych; w 12stu z nich guz był wrodzony, w 7miu powstał skutkiem urazu, a w 2 przyczyny nie znano. Powstawanie guzów wrodzonych i nabytych skutkiem urazu bywa rozmaite. Dwa przypadki przyrody urazowéj miały za przyczynę przebicie zatoki przez odszczepy kostne, w 2 innych guz łączył się z zatoką nie bezpośrednio, lecz przez żyły opony twardéj; w ostatnich zatoka nie doznała uszkodzenia, lecz tylko żyły doprowadzające. Z 12stu wrodzonych przypadków 5 zbadano anatomicznie; przedstawiały one naczyniaki, pozostające w związku z żyłami śródczaszkowemi; zatoka podłużna była zazwyczaj rozszerzoną. Przypadki urazowe mają za powód zranienie zatoki podłużnéj, albo żyły łącznéj w pobliżu; guzy takie, odznaczające się krążeniem, zasługują na nazwę: tętniaków żylnych urazowych.

Co do wskazań leczniczych, to przy naczyniakach urazowych ucisk jest, według autora, najracyjonalniejszém postępowaniem. Przy naczyniakach wrodzonych znaczniejszych rozmiarów grożących przebiciem wskazaném jest wyłuszczenie tychże po poprzedniém podwiązaniu szypułki *en bloc* albo po osobném podwiązaniu żył doprowadzających. (*Revue de Chirurgie* 1886 *Nov.*). *Dr. Bar̨ącz.*

A. Böcker (Berlin): **Wyłuszczenie chrząstki pierscieniowéj z powodu chrzęstniaka.**

Autor zestawia krytyczno-historyczny przegląd spostrzeżeń chrzęstniaków krtani i opisuje 2 przypadki operowane chrzęstniaków krtani. Przypadek 1szy dotyczył 23-letniego chorego; tuż poniżéj prawego więzadła głosowego blizko przedniego spojenia znajdował się twardy guzek, powleczony błoną śluzową, wielkości soczewicy, usadowiony na wewnętrznéj powierzchni chrząstki tarczykowéj. Obrzęk ten podnosił przednią część więzadła głosowego i przeszkadzał przy fonacyi zamknięciu szpary głosowéj. Objawów zapalnych nie było żadnych. Obrzęk usunięto zupełnie w kilkukrotnych posiedzeniach za pomocą narzędzia zbudowanego na kształt Luerowskich kleszczy tnących. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie chrząstkowe (chrząstka szklista).

Przypadek 2gi dotyczył 62-letniego mężczyzny dotkniętego od dłuższego czasu objawami duszności ze szmerem cechującym zwężenia przy szybszém wdychaniu. Przy fonacyi domykały więzadła dobrze; przy wdechu przedstawiał się tuż poniżéj więzadeł guz wychodzący z tylnéj ściany krtani zamykający jéj światło, a pozostawiający tylko szczelinę w postaci sierpa dla oddechu. Obrzęk ten bardzo twardy, o powierzchni gładkiéj, pokryty prawidłową błoną śluzową, odchodził od wewnętrznéj powierzchni płytki i lewego łuku chrząstki pierścieniowéj. B. wykonał tracheotomiję, przeciął przytém 3 górne pierścienie tchawicy, założył rurkę tamponową Hahna, przeciął chrząstkę pierścieniową w linii środkowéj, a ponieważ połowa téjże była zajęta guzem i wyłuszczenie guza okazało się niemożliwém, przystąpił do wyłuszczenia chrząstki pierścieniowéj. W tym celu przepiłował skostniałą chrząstkę tarczykową, przeciął boczne połączenia chrząstki pierścieniowéj aż do płytki i błonę śluzową na górnym brzegu i zwolnił z połączeń stawowych chrząstki nalewkowe tak, że pozostały przy więzadłach głosowych. Odpreparował następnie *mm. crico-aryt. postici* i wydobył w całości chrząstkę po przecięciu dolnego brzegu błony śluzowéj. Znaczny krwotok przy operacyi, 4go dnia po operacyi krwotok następny. Oczyszczenie rany sublimatem, tamponowanie gazą jodoformową, przebieg bezgorączkowy; chory przyjmował pokarmy i napoje drogą naturalną. W 5ciu tygodniach zupełne wyleczenie. Więzadła głosowe wydają się skróconemi i poruszają się nieco leniwo przy intonacyi. Chrząstki nalewkowe nieco do siebie zbliżone, jednak nie dotykają się wzajemnie. Przy wdychaniu głośnia zamyka się, dla tego chory nosi rurkę tchawicową. Do mówienia używa chory albo rurki Brunsa z wentylem, albo zamyka po wdechu rurkę palcem. Mowa chorego jest chrypliwa ale wyraźna. (*Deut. med. Wochschr.* 1886, Nr. 42).

Dr. Barącz.

Położnictwo.

Sänger: **O uproszczeniu techniki cięcia cesarskiego.**

Ażeby umożliwić wykonanie operacyi téj lekarzom praktycznym, należy technikę cięcia cesarskiego o ile możności uprościć. Gąbki mogą zastąpić waciki albo płatki gazy; do dezinfekcyi narzędzi należy użyć karbolu, do dezinfekcyi pola operacyjnego i rąk operatora sublimatu. Do asystencyi wystarczą 2 osoby (prócz akuszerki). Cięcie powinno być dostateczném do wyłonienia macicy. Przy nacięciu macicy należy unikać nacięcia dolnéj jéj części, powleczonéj wiotkiém

utkaniem otrzewnowém. Natrafiwszy na łożysko należy je szybko przeciąć i wydobyć, gdyż unika się przez to znaczniejszego krwotoku. Dziecko należy wydobyć za nóżki. Przy następném wyważeniu macicy można zapobiedz dostaniu się krwi i wody płodowéj do jamy brzusznéj przez szybkie zbliżenie do siebie powłok brzusznych poza takową. Sztuczną anemiję do dokładnego założenia szwów najlepiéj wywołać można za pomocą sprężystéj ligatury naokoło szyi macicznéj; przy braku ligatury sprężystéj ręka musi zastąpić ucisk albo okręcenie macicy naokoło jéj osi. Po wydobyciu łożyska należy zbadać szyjkę maciczną pod względem drożności; do odwonienia jamy macicznéj należy użyć nieco jodoformu. Resekcyję błony mięsnéj należy wykonać tylko w razie nierówności powierzchni rannych. Miękki drut srebrny jest najodpowiedniejszym materyjałem do założenia głębokich szwów obejmujących błonę surowiczą i mięsną; chwycenia błony doczesnéj wypada unikać. Jedwab aseptyczny może zastąpić drut. Zazwyczaj wystarcza 8—10 szwów; błonę surowiczą zbliża się osobno za pomocą kilku szwów. Po odjęciu węża sprężystego należy okłuć punkty krwawiące, linije szwu posypać jodoformem, macicę po oczyszczeniu pogłębić a ranę powłok brzusznych zespoić w zwykły sposób. Jako leczenie następowe poleca autor pęcherz z lodem na powłoki brzuszne i kilka wstrzyknięć podskórnych ergotyny.

Wreszcie podaje Sänger pokrótce statystykę przypadków operowanych podług swojéj metody; obejmuje ona 30 przypadków; z tych na Niemcy przypada 27 z wyleczeniem w 22 przypadkach, z zejściem śmiertelném w 5. Leopold operował w ten sposób 11 razy; życie dziecka ocalił we wszystkich 11 przypadkach, życie matki w 10. W Lipsku, Dreźnie i Insbrucku operowano w klinikach podług jego metody 19 razy; życie matki ocalono w 18 z tych przypadków, życie dzieci we wszystkich 19. (*Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie*. Mnichów, 1886, osobne odbicie).

*Dr. Bar*ą*cz.*

H. Münster: **Cięcie cesarskie podług Sängera-Leopolda z zejściem śmiertelnem matki i dziecka.**

Pierworódka 32-letnia od 3 dni rodząca wezwała autora. Wody płodowe odpłynęły przed 10 godzinami. Badanie wykazało 2gie położenie pośladkowe, tony sercowe 168; bóle porodowe. Pochwa zwężona była przez guz w górnych $^2/_3$ częściach. Guz ten był nieruchomym o powierzchni nierównéj sprężystomiękki, schodził z wejścia do miednicy poza szyjkę maciczną i wypełniał całe wyżłobienie kości krzyżowéj. Górnéj granicy nie można było dokładnie wykazać. Pomiędzy guzem a spojeniem łonowém pozostawał przestwór 4cm. Przy punkcyi guza wypłynęło tylko nieco ciemno zabarwionéj krwi. Dla tego przystąpiono bezzwłocznie do wykonania cięcia cesarskiego. Ciepłota rodzącéj wynosiła 38·4°, tętno 112, tętno płodu 240. Operacyja podług Sängera-Leopolda. Macica była wypełnioną licznemi guzami wielkości orzecha włoskiego; z macicy wydobywał się gaz cuchnący; błona doczesna była szaro odbarwioną. Wystrzykano jamę macicy kilkakrotnie 5% kwasem karbolowym; szew jedwabiem; szyja była wolną, obrzęk należał do miednicy małéj i sięgał do promontorium. Dziecko asfiktyczne umarło. Drugiego dnia po operacyi objawy zapalenia otrzewny u matki; śmierć 4go dnia po operacyi. Otwarcie jamy brzusznéj wykazało surowiczo ropne zapalenie otrzewny i *endometritis diphtheritica.* Dalszéj sekcyi nie dozwolono i o przyrodzie guza nie można nic stanowczego powiedzieć. Autor zastanawia się nad tém, czy operacyja według metody Porry mogłaby była ocalić matkę i twierdzi, że byłaby także wykonaną za późną, gdyż zarazki zakaźne dostały się już były z endometrium do dróg chłonnych. (*Centralblatt f. Gynäkologie*, 1886, Nr. 6). *Dr. Barącz*

Medycyna sądowa.

Prof. Runge: **Przyczynek do znaczenia wahań Schultzego.**

Wiadomo, że Runge był pierwszym, który w r. 1882 poruszył kwestyję znaczenia sądowolekarskiego wahań Schultzego i że w ostatnim czasie Dr. Winter (p. Przegl. Lek. z r. 1887, Nr. 22) opisał 3 przypadki z kliniki położniczéj berlińskiéj, przemawiające za tém, że śród wahań w mowie będących powstać mogą ciężkie wewnętrzne uszkodzenia dziecka. Otóż Runge ogłasza teraz nowy przypadek, tyczący się bliźniaka niedonoszonego (długość ciała = 41·5cm., ciężar 1760 gram.), obumarłego przed pęknięciem pęcherza, u którego za pomocą 6—10 wahań udało mu się wpędzić powietrze do płuc i żołądka, jak się przy sekcyi i za pomocą próby pływania przekonał. Słusznie zauważa, że lekarz sądowy, któryby nie wiedział o tém, co zaszło, na mocy sekcyi, nie byłby orzekł inaczéj, jak, że dziecko niedojrzałe urodziło się żywém i umarło po urodzeniu. Daléj podaje, że w klinice jego wahania Schultzego okazały się najlepszym środkiem ku wywołaniu oddychania sztucznego i wyrugowały wszystkie inne sposoby. Wreszcie oświadcza, że z wyjątkiem kilku przypadków, w których sekcyja wykazała wylanie krwi w tkankę nadnercza, nigdy nie spostrzegł znaczniejszego obrażenia dziecka w skutek wahań Schultzego. Uważa więc wahania te za względnie wolne od niebezpieczeństwa, a zwraca się przeciw Winterowi, którego 3 przypadki poddaje krytyce, dowodząc, że obrażenia przezeń opisane w 2 przypadkach były następstwem ekstrakcyi za pośladki, a w 3cim wynikiem uskutecznienia wahań przez praktykanta, zapewne niemającego należytéj wprawy. (Runge przyznaje jednak sam, że wahania tylko względnie są bezpieczne; pod względem zaś sądowolekarskim możność wpędzenia powietrza sposobem Schultzego nie osłabi wartości próby płucnéj hydrostatycznéj w dzieciobójstwie, bo w niém rozchodzi się o poród tajny, w którym o stosowaniu wahań mowy nie ma. *Przyp. Sprawozd.).* (*Petersb. med. Wochschr.*, 1887, Nr. 20). *L. B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 20 kwietnia 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 24. Jako goście: Dr. Rumszewicz z Kijowa i prof. szkoły weterynaryi Królikowski ze Lwowa.

1) Odczytano podziękowanie Dra Chodounskiego z Pragi, za telegram przesłany mu w czasie obchodu jubileuszu *Przeglądu Lek.*

2) Kol. Obaliński: a) przedstawił chłopca, u którego dokonał artrektomii kolana z przyczyny grzybiastego zwyrodnienia błony maziowéj stawu. Operacyję uskutecznił metodą James Israela z bardzo dobrym skutkiem. b) Mężczyznę po faryngotomii, dokonanéj z powodu mięsaka migdała.

W dyskusyi brali udział koll. Trzebicky i Wilkosz.

3) Kol. Grabowski imieniem Komisyi przemysłowéj przedłożył chleb Grahama, wypiekn p. Barucha w Podgórzu. W téj sprawie przemawiali koll. Wilkosz, Mars, Warschauer i Kwaśnicki, w końcu przyjęto wniosek kol. Rydla, aby prosić Komisyi przemysłowéj, iżby w interesie posiadania jak najlepszego produktu, raczyła wesprzeć radami i wskazówkami swojemi starania p. Barucha.

4) Kol. Cybulski przeprowadził szereg doświadczeń hypnotycznych, odkładając wykład swój teoretyczny dla braku czasu do przyszłego posiedzenia Towarzystwa. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Częstość chorób torebek włosowych i w ogóle chorób skórnych u ludów Wschodu, to powód utrwalenia się innego higijenicznego środka wywierającego istotnie korzystny wpływ najprzód przez konieczność utrzymania ciągłéj czystości okolic ciała pokrytych zarostem, a niemniéj téż i przez większą pieczołowitość, jaką zwykło się go otaczać. Środkiem tym jestto ustalony tradycyją zwyczaj golenia głów u mężczyzn zastosowany u wszystkich bez różnicy wieku i stanu. W zastosowaniu jednak tego zwyczaju przestrzega się pewnéj miary. Jedni usuwają zupełnie zarost z głowy i zastępują go bawełnianą czapeczką, którą okręcają długim płóciennym zawojem. Drudzy przywięzując pewną wartość do posiadania włosów, usuwają je tylko z ponad czoła aż do linii zaznaczonéj szwem ciemieniowym. Odtąd podług zwyczaju ogólnie przyjętego przez mieszkańców Persyi włosy odgarnięte w tył i przedzielone pośrodku spadają zwykle w dwóch długich kosmykach na obie strony i odgarnięte poza ucho, tworzą w tyle głowy zwoiste pukle, im obfitsze, tém więcéj cenione. Tak odrzucone włosy są jeszcze przytrzymywane małym z sandałowego drzewa grzebyczkiem, który przy każdéj sposobności, a mianowicie z powodu, że nie wolno jest maczać włosów wodą, służy każdym razem do wprowadzenia ich w należyty porządek. Czesanie więc odbywa się tu dość często i wpływa na łatwe usunięcie łupieży i utrzymanie powłok skórnych głowy w czystym stosunkowo stanie, zabezpieczającym niejako od pewnych chorób téj okolicy ciała, czy to powstałych w skutek niechlujności i pasorzytów czy też przeniesionych drogą zarazka. Dla Persa też nic groźniejszego nad choroby skórne głowy. Mając ku nim fanatyczny wstręt, obawia się też ich nabycia i gotów jest wszystko uczynić, byle tylko mieć pewność, że ich uniknie. I podczas, gdy z całą naiwnością żartuje sobie z Turków, wpośród których parch panuje gromadnie, sam nie szczędzi środków i wydatków, aby się zabezpieczyć od téj przykréj oznaki, mianowicie gdy mu wypada pozostawać w bliższych stosunkach z turecką ludnością, co ma miejsce przy odbywaniu pielgrzymek do Iraku. Jako środek zabezpieczający służy mu popularna *hynneh,* którą trefiąc włosy na głowie i brodzie podwójną z tego ma korzyść: barwienie na rudo i konieczne do przyjęcia się barwiku wymycie głowy lekkim odwarem ługowym. W istocie też takie choroby skórne, jak parch i strupień, są stosunkowo rzadkie w Persyi i napotkać je można tylko w Kurdystanie i Lurystanie i to jedynie u dzieci wiejskich, pozostawianych w największém niechlujstwie i przy zachowaniu do lat ośmiu całego zarostu na głowie. Wychodząc z zasady, że długie włosy czy to spadające w warkoczach i puklach, czy też tylko kędzierzawiejące, są zawsze ozdobą części ustroju, które pokrywają mieszkańcy Persyi, choć je usuwają z ponad czoła dla łatwiejszego utrzymania się kolpaka, to jednak stanowczo wzbraniają swym kobietom używać znanéj ze swego składu i celu *rusma turcorum* tak, że przy całym szeregu licznych innych narowów w jednéj przynajmniéj okoliczności wypada im przyznać słuszność, mianowicie, że pozostawiają kobietę z tém wszystkiém, w co ją uposażyła natura.

Tak powszechnie na Wschodzie wykonywane nakłuwanie *(nakysz, tatouage)* rozmaitych okolic ciała i zapuszczanie w nie farby z indychtu, u Persów nie znajduje żadnego wzięcia. Jedynie tylko na pamiątkę odbytéj pielgrzymki do Kerbeli i dla uprzytomnienia pogardy względem kalifa Omara, jaką każdy z Szeitów powinien być ożywiony, wszyscy tak mężczyzni jak kobiety każą sobie nakłuwać okolicę napiętska desenieni, przedstawiającym trzy prostopadle ku sobie biegnące linije, wykonane jednak bardzo powierzchownie i zwykle niewywolujące ani bólów, ani następowych zapaleń skóry. Z tém wszystkiém Pers zachwyca się rumianą twarzą i koralową barwą ust, znajduje jednak powab w téj oznace jedynie tylko wtedy, gdy jest ona naturalną. W razie przeciwnym pomimo całéj ilości kosmetyków tak mineralnych jak i roślinnych, jakie tu są znane, tylko nadzwyczaj mała ilość kobiet do nich się ucieka i jedynie tylko karmin bywa tu używany z pewną wziętością, lecz i to najczęściéj tylko u małych dziewczynek i chłopaków, jak u dam wypełniających perski „henderun". Jednakże choć malowanie twarzy pewnemi środkami jest tu uważane za występek, to znowu uważa się za bardzo estetyczne, jeżeli broda i dłonie u mężczyzn, paznogcie u nóg i całe stopy u kobiet są zabarwione na ciemno-żółto kolorem otrzymywanym ze wspomnianéj już „henneh". Ten sposób barwienia pewnych okolic ustroju ma pewne znaczenie higijeniczne: utrudniając bowiem sprawę wydzielania gruczołów potnych czyni rękę zawsze suchą, zmniejsza, a nawet usuwa, przykrą woń z nóg, i mojém zdaniem, jest bardziéj stosownym dla perskich mieszkańców, aniżeli kilkorazowe skrapianie nóg wodą przy zabieraniu się do codziennych modłów. Barwik ten, zastósowany w odpowiednim wodnym rozczynie, nie wywołuje zwykle żadnych przykrych objawów. Gdy jednak takie malowanie się jest połączoném z pewnym pośpiechem, bywa dokonywaném w nocy przy użyciu znacznéj ilości proszku, wtedy zwykłém następstwem przebranéj miary bywa obrzmienie całéj okolicy pozostającéj w zetknięciu się z barwikiem, stan zapalny skóry, jéj trądzikowe owrzodzenie, wyprysk, a u osób wątłego ciałotworu, mianowicie u dziewczyn dotkniętych błednicą, występuje kruszenie się warstwy rogowéj paznogci, zapalenie ich osady, dość często połączone z owrzodzeniem i zgorzelą nawet w razie, jeżeli nie zaniechano używać proszku daléj i zachować ostrożności przy pierwotném pojawieniu się sprawy zapalnéj.

Po spędzeniu zimy w odpowiednich warunkach zdrowia ustrój i płyn w nim zawarte mają potrzebować pewnéj odnowy i zmniejszenia się co do ilości, jak również przeobrażenia się w swéj jakości. Jestto dewiza, którą się kierują i któréj poddają święcie wszyscy mieszkańcy Persyi. Gdy więc z nastaniem pierwszych dni wiosennych nie jest się w możności lub ma się wstręt do upajania się lekami mającemi jakoby sprzyjać téj odnowie soków żywotnych, wtedy przy zachowaniu pewnych przepisów dyjetetycznych zmniejsza się ilość soków drogą upustu jednego z najcenniejszych. Puszczanie krwi, jako ogólnie przyjęty zwyczaj, jest połączone z pewnemi formalnościami, prawie że równającemi się co do znaczenia uroczystości obrzezania. Jeżeli czas sprzyja i zwykłe kłopoty dadzą się ominąć, kilku lub kilkunastu poważniejszych sąsiadów robi wycieczkę do ogrodu, zapraszają „dżaracha" (felczera), który jest zarazem i duchownym „mollą", idą do łaźni i zasiadłszy na świeżym gazonie, pijąc herbatę i pochłaniając dymy z „kalianów", każdy podług wieku każą sobie puszczać krew. Odbywa się to w sposób wesoły, połączony z wzajemnemi życzeniami doczekania się podobnéj

rozrywki i w roku przyszłym. Młodzi często zazdroszczą starszym ilości upuszczonego płynu, widząc w tém dowód siły ustrojowéj i nieraz byle tylko dotrzymać placu i nie zostać niejako upokorzonymi bez względu na istotny stan zdrowia, pozbywają się krwi w zdumiewającéj często ilości. Ci zaś, którym obowiązki służbowe lub handlowe nie pozwalają korzystać z powabu pierwszych dni wiosny, zwykle nad wieczorem przeprowadzają odnowę ustrojów. Wtedy również kilku sąsiadów zasiada wzdłuż uliczek nad przerzynającym je cuchnącym rowkiem i brudny *damardżan* każdemu po kolei otwiera żyłę, z któréj wypływająca krew łączy się powolnie z treścią rodzimego błota w kałuży ulicznéj. Więcéj dbali zbierają krew w podstawioną skorupę, którą razem z zawartością odnoszą do domu i zakopują w stajni. Tak samo postępują starsze kobiety z wyjątkiem dorastających dziewcząt, u których odnowa ustrojowa inną wybrała sobie drogę. I przekonanie o konieczności i dobrych skutkach upustów krwi jest tu tak ustalone, że ominięcie tego wiosennego zwyczaju, zawsze silnie oddziaływa na wyobraźnię i bywa powodem narzekań i zarzutów, jeżeli przypadkiem w ciągu roku ustrój podlegnie jakiéj patologicznéj sprawie. Nieraz miałem sposobność przysłuchiwać się podobnym jeremijadom, mianowicie w okolicznościach, gdy wypadało przeprowadzić szereg wywiadów o właściwych powodach powstania stanów chorobowych zapalnych tego lub innego narządu. Wtedy całą winę składano na pominięcie upustu krwi i z najgłębszém przekonaniem utrzymywano, że nieodstępujący od zwyczaju zwykli nie podlegać groźnym cierpieniom, że żyją długo i że doczekawszy się późnego okresu życia, kończą je jedynie w następstwie charlactwa schyłkowego. Mniemanie to wszakże nie pozostaje w zgodzie z faktami cytowanemi przez tutejszych praktyków, którzy coroczne lub częstsze upuszczanie krwi również uważają za zbyteczne i wszelkiemi sposobami starają się zwalczyć wiekowy ten przesąd. Niemniéj jednak sami pozostają w niepewności, czy przyjąć to postępowanie, czy np. u takiego silnego Kurda dotkniętego, przypuszczam, zapaleniem płuc, wypada zrobić upust krwi, czy tylko upajać go kwaśno-słodkawém zsiadłém mlekiem, jednem z najbardziéj popularnych środków na zbuntowane siły ustrojowe. W takich okolicznościach kłopot leczącego jest bardzo wielki. Bo jeżeli jest znany jako przeciwny okresowym upustom krwi i gdy w danym razie zaproponuje tenże, może być pewnym, że, co najmniéj, straci swego chorego, jeżeli już uda mu się uniknąć szykan, tutaj być może daleko złośliwszych i bardziéj rażących w swych skutkach, aniżeli gdzieindziéj.

Pośredni, że tak go nazwę, sezonowy ten upust krwi, jest jeszcze niczém w porównaniu z innym bezpośrednim, jaki tu się praktykuje w dniach *moharemu* podczas tak zwanych *tazych*, czyli uroczystości medytacyjnych męczeństwa członków rodziny Alego. Obchód ten odbywa się na jednym z placów miejskich, gdzie obok wyniesienia, zwanego *Saku*, gromadzą się całe gromady męskiéj ludności, wszystko ubrane w czarne długie koszule, na znak żałoby, otwarte na piersiach lub téż znowu opuszczone na biodra. W chwili poruszenia się naumyślnie przygotowanéj karawany, naśladującéj pochód całéj rodziny, udającéj się pomścić morderstwo Husseina i Hasana, cały tłum ożywiony fanatyzmem niedającym się opisać, jednym ogólnym jękiem poprzedza swe wejście na scenę działania. Jedni uderzeniami sztyletu rozdzierają sobie piersi, ostrym kamieniem uderzając się w okolicę podsercową zadają sobie głębokie stłuczenia, niezważając na miazgę mięśniową oddzielającą się całemi płatami. Drudzy tępym nożem skalpują sobie czoło i górną część czaszki. Inni bardziéj wzruszeni wbiwszy sobie w pierś lub ramię koniec szabli lub sztyletu, tak postępują daléj, tocząc potoki krwi, których ślad zaznacza postęp i rozwój karawany. Każdy zaś z przytomnych poczytuje sobie za święty obowiązek wynieść z obchodu jakąś krwawą pamiątkę. To téż podług stopnia wzruszenia zadaje sobie rany mniéj lub więcéj głębokie, i w chwili skończonego obchodu pozostawia je bez żadnego opatrunku, usiłując przeciwnie pozostawić je najdłużéj otwartemi, aby tém podnieść jeszcze znaczniejszy upływ krwi. Taki obchód odbywa się corocznie i staje się przyczyną śmierci wielu z tych pokutujących, a niemniéj téż i z powodu chłodnéj pory roku, w jakiéj ta uroczystość zwykle przypada, jest jeszcze powodem chorób zawdzięczających swoje powstanie li tylko niskiemu stopniowi ciepłoty. Zwykle téż po takich uroczystościach stan zdrowotny mieszkańców bardzo się pogarsza. O stosownem jednak leczeniu (nie już ran, bo te są wstępem do przyszłych rajskich rozkoszy, ale choćby tylko stanów chorobowych wewnętrznych) nikt tu wcale nie myśli. Byłoby to bowiem wystąpieniem przeciwko obrządkowi, niemniéj téż i przeciwko zasadzie, że upuszczona w ten sposób krew oddziaływa zawsze zbawiennie na ustrój, zmuszając go niejako do energicznego i bardziéj obfitego wytwarzania nowych jéj ilości, odnowionych, a zatém i posiadających większą fizyjologiczną wartość. W rzeczywistości zdanie, nie zbyt dalekie od prawdy, spotyka tutaj tylko zaprzeczenie, ponieważ tak dokonywane upusty krwi nigdy nie wywrą skutecznego wpływu na ustrój, lecz pozostaną zawsze jedną z przyczyn sprzyjających jego wyniszczeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Odpowiedź Pasteura na zarzuty i rozprawy w Towarzystwie Lekarskiém wiedeńskim.

W Nrze 25 z r. b. podaliśmy wiadomość o broszurze Frischa mieszczącéj krytykę metody Pasteura. Na zarzuty w niéj podniesione odpowiedział obecnie Pasteur w liście do Towarzystwa Lekarskiego wiedeńskiego, który w tłumaczeniu podajemy.

„Dr Frisch wysłany w r. 1886 przez wiedeńską poliklinikę do Paryża, przybył do méj pracowni celem zapoznania się z metodą ochronnego szczepienia wścieklizny. Przy powrocie jego poleciłem dać mu szczepione króliki, które miały służyć za pierwszy materyjał do jego doświadczeń. Doświadczenia te miały na celu stwierdzenie faktów, które służyły za podstawę metodzie szczepienia ochronnego.

Już pierwsze wyniki Frischa (ogłoszone we Wrześniu 1886) były niepomyślnemi dla mojej metody a 30 Grudnia ogłosił on bez wszelkich zastrzeżeń potępienie zasad ochronnego szczepienia, ujęte w 16 punktów.

Równocześnie wystąpili téż z niepomyślnemi wynikami doświadczeń de Renzi i Ambroso w Neapolu i Abreu w Lizbonie. Błędy ich prac wykazał Dr. Gamaleia w Odesie (*Annales de l'Institut Pasteur* 25 Marca).

Podania Frischa zdawały się zasługiwać pierwotnie na staranniejsze zbadanie. Krótka i zwięzła forma jego ostatecznych wniosków, do których nie dołączył szczegółowych doświadczeń, łatwo mogła była ująć czytelnika nie dokładnie poinformowanego. W początku Maja r. b. ogłosił Frisch pracę swą zawierającą ogół jego badań, a o któréj zaraz pochlebnie wyraził się Billroth w *N. Fr. Presse.* W artykule tym

Billroth, oddawszy poprzednim moim pracom pochlebne uznanie, oświadcza, że zupełnie zbłądziłem na polu weterynaryi przez szczepienie ochronne wąglika a na polu medycyny przez szczepienie wścieklizny, używa nawet wyrażenia fiasco.

Co do szczepień ochronnych wąglika, to Billroth powtórzył tylko dawniejsze twierdzenia szkoły berlińskiéj, nie pamiętając, że ta krytyka faktami zbitą została i że dziś i szkoła berlińska innego jest zdania. Dowodem tego następna tablica.

Tablica szczepień ochronnych wąglika we Francyi w latach ostatnich

Rok	Owce	Śmiertelność w %
1882	243.199	1.08
1883	193.119	0.77
1884	231.693	0.97
1885	280.107	0.90
1886	202.064	0.78.

U nieszczepionych owiec wynosi śmiertelność 10%.

Rok	Bydło	Śmiertelność w %
1882	22.916	0.35
1883	20.901	0.35
1884	22.616	0.37
1885	21.073	0.50
1886	22.113	0.28.

Śmiertelność nieszczepionego bydła wynosi 5%.

Co się tyczy wścieklizny, to Billroth nie mając w tym względzie osobistych doświadczeń, zadowala się przystąpieniem do wniosków Frischa. Pozwolę sobie nad niemi kilka uwag uczynić. W pracy Frischa daje się spostrzedz usiłowanie:

1) zawarowania w pewnym względzie pierwszeństwa;

2) wyrobienia znaczenia pewnym teoretycznym poglądom.

Ad 1. W czasie bytności Frischa w méj pracowni i przy sposobności rozmowy wspomniałem mu o nieogłoszonych jeszcze doświadczeniach. Rzecz dotyczyła szczepień ochronnych u psów po zarażeniu ich przez wprowadzenie jadu wścieklizny pod oponę twardą. Nie mało zdziwiłem się przeto wyczytawszy w pracy Frischa, że on przypisuje sobie początkowanie w podobném postępowaniu. Wystarczy może, gdy wspomnę, że właśnie w czasie, gdy Frisch moją pracownię odwiedzał, wspomniałem też i innym uczonym o moich doświadczeniach co do szczepień ochronnych po podoponowém zarażeniu a na długo przed ukazaniem się pracy Frischa Dra Gamaleia na posiedzeniu odeskiego Towarzystwa lekarskiego (7/6 1886) wyrzekł: Pasteur wskazał także, że w niektórych razach, nawet po podoponowém zarażeniu można zapobiedz wybuchowi wścieklizny.

Nie podnosiłbym może kwestyi pierwszeństwa co do tego punktu, gdyby Frisch nie przypisywał téj rzeczy tak nadzwyczajnego znaczenia przez to, iż twierdzi, że już jedynie przez tę metodę zarażenia, t. j. przez podoponowe szczepienie wścieklizny z następném szczepieniem ochronném można utworzyć sobie sąd o wartości méj pracy.

Mniemanie to jest atoli niedopuszczalne. Nie jest ono dokładne. Nie dotyka ono siły dowodowej mych doświadczeń nawet wtedy, gdyby szczepienie ochronne po podoponowém zarażeniu było całkiem bezskuteczne.

Szczepienie ochronne w tych okolicznościach jest przecież całkiem czémś inném, jak szczepienie ochronne po podskórném zarażeniu wścieklizną. Pierwsze, jak się już wyraziłem, stanowi zabieg probierczy dla doświadczenia (*tour de force*). Przyjąłem też szczepienie ochronne po podoponowém zarażeniu tylko, aby dążyć do dowodu *a fortiori*, zresztą Dr. Bardach w Odesie stwierdził słuszność moich wyników przez 10 pomyślnych wypadków z liczby 15 doświadczeń.

Inne okoliczności rzucają jednak jeszcze szczególne światło na doświadczenia Frischa.

Uwydatniłem już, że te doświadczenia czyniono głównie na królikach a nie na psach. Ja zaś czyniłem doświadczenia zawsze na psach a nigdy na królikach. Często mieliśmy jednak sposobność stwierdzenia, że króliki podobnie jak psy można uczynić odpornemi na wściekliznę. Wspomnę tu, że np. jednego królika poddano na trzy zawody podoponowemu zarażeniu w dłuższych ustępach czasu, ale powtarzam, że co do szczepienia ochronnego u królików w ogóle regularnych badań nie podejmowałem, a zupełnie nie czyniłem na nich doświadczeń co do szczepienia ochronnego po podoponowém zarażeniu.

Frisch popełnił zatem ten błąd, że moje na psach wykonane doświadczenia kontrolował na królikach, nadto po większéj części i aż do czasu lepszego poznania rzeczy stósował powolną metodę szczepienia ochronnego przy podoponowém zarażeniu, nie zważając na to, że przy niém, z powodu szybkiego jego przebiegu, nie jest ona na miejscu.

Nakoniec wykonał Frisch kilka doświadczeń tak na psach jak i na królikach co do tego, jaki wpływ mają szczepienia ochronne — według wzmocnionéj metody — jako takie bez poprzedniego zarażenia. Gdyby twierdzenia Frischa były słusznemi, to usprawiedliwionym byłby zarzut przeciw téj metodzie i Billroth przykłada téż wielką wagę do doświadczeń Frischa w tym kierunku podjętych.

Nie wchodzę tu całkiem w szczegóły tych doświadczeń, ale w ogólności podnoszę tu, że Frisch podaje w swych protokułach czasy wylęgania, które moim pewnym doświadczeniom co do działania przyrzutu stałego zupełnie nie odpowiadają. Muszę zatém przypuszczać, że Frisch albo niedokładnie badał albo téż że oddany mu jad inne przybrał własności. Za niedokładnością jego badań przemawia téż ta okoliczność, iż podaje częste przypadki śmierci z septycemii. Ten ostatni fakt nie daje się pogodzić ze ścisłém zachowaniem sposobu postępowania.

Frisch stał się téż, jak mi się wydaje, winnym logicznego błędu. Gdy mianowicie Amoroso i de Renzi prace swe ogłosili, wystósowałem 9 Lutego 1887 do redaktora „*Pungolo*“ pismo zawierające następujący ustęp: Frisch czynił badania na psach i zarażał je podoponowo wścieklizną. Próba utrzymywania zwierząt przez szczepienie ochronne nie powiodła się; ale przeciwstawiam temu moje dodatnie wyniki, które przecież więcéj dowodzą, niż wszelkie ujemne.

Frisch w swéj broszurze powtarza ten ustęp i dodaje: Przyznaję, że ujemne wyniki w obec dodatnich niczego nie dowodzą; jakiémże jednak prawem nazywa Pasteur wyniki moich doświadczeń ujemnemi? Czyż raczéj jego nie są ujemnemi a moje dodatniemi? — Rozważmy:

1) Podoponowe zarażenie pociąga za sobą zawsze śmierć z wścieklizny u zwierzęcia, na którym czyni się doświadczenia. Dodaję do tego zdanie,

2) że nawet i w tym rodzaju zarażenia szczepieniu ochronnemu towarzyszyć może skutek.

Czyż nie jest rzeczą widoczną, że jeżeli się tym sposobem otrzyma skutek, to ma się wynik dodatni? Czyż nie jest nielogiczném twierdzić przeciwnie?

Nie dotarłbym do końca, gdybym chciał podnosić wszystko, co błędném jest w pracy tego badacza, tak niedostatecz-

nie umotywowane twierdzenia co do statystyki wścieklizny, co do różnicy wielkich i małych ran itd. itd.

Ludzie zawodowi przypomną sobie może jeszcze, jakie zarzuty podnoszono przed laty przeciw szczepieniom ochronnym wąglika. Naukowe i praktyczne znaczenie tych szczepień jest dziś udowodnioném. Z czasem dojrzeje téż i sprawa wścieklizny a z ufnością oczekuję ostatniego słowa, jakie w tym względzie wyrzeczoném będzie.“

Paryż d. 29 Maja 1887. *L. Pasteur.*

Po odczytaniu tego listu zabrał najpierw głos Ullmann i podał tymczasowo wynik swych nieukończonych dotąd badań w następujących 3 zdaniach: 1) Zwierzęta ginące w skutek szczepień ochronnych nie giną na wściekliznę; 2) niektóre zwierzęta można przez szczepienie ochronne uczynić odpornemi na wściekliznę; 3) statystyka szczepień ochronnych wykonanych na ludziach przez Ullmanna zdaje się przemawiać za wartością metody Pasteura.

Po nim zabrał głos Frisch, aby obszerniéj na list Pasteura odpowiedzieć. Zdaniem Frischa Pasteur odpowiadając na jego krytykę uczynił zadość formie, nie zdołał jednak nic zarzucić jego doświadczeniom. Przechodząc do saméj rzeczy zwraca się do twierdzenia Pasteura, że szkoła berlińska zmieniła sąd o szczepieniach ochronnych wąglika. Twierdzenie to jest niesłuszne, bo od ostatniéj publikacyi Kocha, Gafkego i Löfflera, w któréj nacechowano szczepienia ochronne wąglika jako w praktyce wątpliwą korzyść przynoszące, nie robiono ani w państwowym Urzędzie zdrowia ani w berlińskim higijenicznym zakładzie nowych doświadczeń, z którychby wynikała zmiana sądu szkoły berlińskiéj. Co się tyczy cyfr przez Pasteura podanych wskazuje Frisch na niedostateczność dowodu z cyfer. W ogóle zdaje się obecnie tylko we Francyi utrzymywać potrzebne ślepe zaufanie.

W Anglii w najnowszych czasach z kompetentnéj strony nadmieniono, że ze szczepieniami wąglika poczynione tam próby nie dostarczyły dość pewnego wyniku, aby można przemawiać za wprowadzeniem ich w praktykę. Wyrażenie zatém Billrotha „fiasco“ nie jest nieuprawnioném. Frisch przytacza jeszcze inne twierdzenia Pasteura co do wąglika, które zostały obalonemi a następnie odpiera zarzut, iż podnosi sprawę pierwszeństwa: w czasie pobytu w Paryżu nic nie słyszał o doświadczeniach nad tém, aby zwierzęta po podoponowém zarażeniu uczynić opornemi, dopiero 2 listopada 1886 podał Pasteur, że czynił takie próby z częściowym skutkiem.

Pasteur zaprzecza aby ten rodzaj doświadczeń mógł jedynie dozwalać sądu o szczepieniach ochronnych. Pomijając to, że Frisch całkiem tego nie twierdził, nie może Pasteur nic zarzucić szeregowi doświadczeń (prawie 70), w którym szczepiono zwierzętom jak najmniejsze ilości jadu a szczepienia ochronne nie miały skutku.

Frisch zwraca daléj uwagę na sprzeczność istniejącą w twierdzeniach Pasteura, przypisującego wielkie znaczenie skutecznym szczepieniom ochronnym po podoponowém zarażeniu a zaraz potem twierdzącego, że „jego metoda nie byłaby w najmniejszym stopniu naruszoną, nawet gdyby każde szczepienie po zarażeniu przez trepanacyję było możliwém.“

Co do zwierząt, których do doświadczeń używał nadmienia Frisch, że używał tak psów jak królików i że wyniki u obu rodzai zwierząt były jednakiemi.

Zresztą przenoszenie wniosków z królików na psy nie jest większym błędem aniżeli z psów na ludzi, co przecież Pasteur uczynił.

Zarzut że powoli szczepił nie dotyczy Frischa, bo aż do podania wzmocnionego postępowania żadnego innego nie znano. Co do wzmocnionego postępowania to opiera zdanie na 4 próbach, — dwa ze zwierząt, a więc 50%, zginęło.

Że Frisch metodą wzmocnioną nawet bez poprzedniego zarażenia otrzymał zarażenie wścieklizną, Pasteur osłabić nie może. Liczba odnośnych doświadczeń nie jest skąpą a gdyby nawet jedno tylko zwierzę przez szczepienie ochronne wścieklizną zarażone zostało, musiałoby to wystarczyć do zaniechania stosowania wzmocnionéj metody u ludzi. Że prawie z 1000 zwierząt może 10 zginęło z septycemii, nie może stanowić zarzutu w obec wielkiéj skłonności królików do septycemii.

Co się tyczy wzmocnionéj metody stwierdza Frisch, że według doniesień paryzkich dzienników lekarskich Pasteur jéj już zaniechał a przy łekkich ugryzieniach powrócił do dawnego powolnego postępowania, przy ciężkich na twarzy i głowie innego używa postępowania.

Dziwny to zbieg okoliczności, że Pasteur po ogłoszeniu pierwszéj pracy Frischa wzmocnił sposób szczepienia a po ukazaniu się książki Frischa znów postępowanie zmienia. W każdym razie stanowi to dowód, że sposób szczepienia dla człowieka nie jest w zupełności opracowanym, lecz jedynie macaniem po omacku.

W końcu wskazuje mówca na to, że Pasteur na wiele z jego zarzutów nie umie odpowiedzieć i tak na wykazanie, że osłabienie materyi szczepiennéj przez suszenie jest niepewne, że przyrzut stały nie jest stałą ilością, że powstanie tegoż nie jest przywiązane do szczepienia przez tak długi szereg zwierząt, wreszcie na fakt, że zwierzęta poddane zwykłemu i wzmocnionemu szczepieniu nie są ochronione od następowego podskórnego lub podoponowego zarażenia, nakoniec na krytykę statystyki. Pasteur zatém odpowiedział ale nie odparł zarzutów a mówca nie wątpi, że wyniki jego doświadczeń i przez innych badaczy potwierdzonemi zostaną.

Dr. Grabowski.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w maju roku 1887.

Tyfus brzuszny panował w maju w mieście Lwowie i Krakowie oraz w 63 miejscowościach (w kwietniu także w 63) a w 30 powiatach 1518 chorych (w kwietniu 2028), więc ilość nawiedzonych tyfusem gmin jest taką samą jak w poprzednim miesiącu, lecz ilość chorych jest o $^1/_4$ część mniejszą. Także w maju obu lat poprzednich był tyfus więcéj rozszerzonym, bo w maju r. 1885 było w 109 miejscowościach 2553 chorych, w maju zaś r. 1886 w 82 miejscowościach 1988 chorych. Z 1518 chorych tyfusowych leczonych, wyzdrowiało 1100 czyli 72·5%, umarło 94 czyli 6·2%, pozostało w leczeniu 324 (z końcem kwietnia było 481) w 23 miejscowościach. W powiecie kamioneckim, sokalskim i żółkiewskim było po pięć gmin nawiedzonych tyfusem, w powiecie bobreckim 4, w pow. grodeckim, liskim i przemyskim po 3; największa ilość chorych 147 była w powiecie sokalskim, potém 123 w pow. kamioneckim, w mieście Lwowie 119 (razem z tyfusem wysypkowym); największa śmiertelność była w pow. buczackim, gdzie w jednéj miejscowości z 58 leczonych chorych umarło 12 (czyli 20·7%.

Tyfus plamisty panował w maju w mieście Lwowie i Krakowie, oraz w 60 miejscowościach 20 powiatów. W kwietniu stwierdzono tyfus plamisty tylko w 56 gminach w 23 powiatach, lecz liczba chorych była w maju nieco niższą 1425 (w kwietniu 1566). Z tych 1425 chorych wyzdrowiało 980 czyli 68·8%, umarło 95 czyli 6·7%, (w kwietniu 130 czyli 8·3%). Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie tarnopolskim w 9 gminach 168 chorych, potém w pow. rawskim w 6 gminach 295 chorych, w powiecie żydaczowskim w 5 gminach 60 chorych, a w pow. horodeńskim w 2 gminach 184 chorych; naj-

większa zaś śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie pow. złoczowskiego, gdzie z 25 chorych 5 osób zmarło.

Szkarlatyna panowała w maju w mieście Krakowie i w 26 gminach 18tu powiatów, najwięcéj w powiecie czortkowskim, wielickim, kałuskim i jasielskim, w których w każdym po dwie gminy było zajętych a chorych było 79 względnie 66, 62 i 50; także w jednéj gminie pow. zbaraskiego była ilość chorych nieco większą 53. Największa śmiertelność zdarzyła się w pow. czortkowskim, tam bowiem umarło 15 osób czyli 19% z 79 leczonych. Z 628 leczonych w całym kraju, wyzdrowiało 449 czyli 70·4%, umarło zaś 93 albo 14·6% (w kwietniu tylko 12%), pozostało w leczeniu 96 chorych w 9 gminach, podczas gdy z końcem kwietnia było 197 chorych w 12 gminach; epidemija więc przygasa.

Dyfteryja była tylko w 5 miejscowościach przedmiotem interwencyi urzędowéj a mianowicie, w mieście Lwowie, Krakowie i Rzeszowie oraz w powiecie Nadworniańskim i Nowo Sądeckim. Z 77 leczonych chorych wyzdrowiało 42 czyli 54·5%, umarło 26 czyli 33·8%, pozostało 9 chorych w trzech powyżéj wyliczonych miastach.

Odrę stwierdzono w 22 miejscowościach u 935 chorych, z tych umarło 54 czyli 5·8%, inni albo wyzdrowieli albo też jako jeszcze chorzy zostali oddani pod opieką domową. Najwięcéj była odra rozszerzoną w pow. stanisławowskim; największa śmiertelność zdarzyła się w pow. kałuskim, gdzie w jednéj gminie z 73 chorych 17 dzieci, czyli 23·3%, umarło. Także i w pow. tłumackim pojawiła się odra z większém nasileniem.

Koklusz stwierdzono w 10 miejscowościach w 9 powiatach u 478 chorych; z tych umarło 19 czyli 4%, reszta została oddaną pod opiekę domową.

Ospa utrzymywala się w maju niemal w równéj mierze jak w kwietniu, w tym bowiem miesiącu było w 65 gminach 1.114 a w maju w 66 gminach 1.066 chorych; z tych wyzdrowiało 362 czyli 34% szczepionych a 291 czyli 27·3% nieszczepionych, umarło 8 czyli 0·8% szczepionych a 97 czyli 9·1% nieszczepionych; pozostało w leczeniu 183 szczepionych i 125 nieszczepionych razem 308 chorych (z końcem kwietnia 291) w 34 miejscowościach. Najwięcéj była ospa rozszerzoną w pow. tarnopolskim, tam bowiem 10 gmin było tą chorobą nawiedzonych (chorych 116, z tych umarło jednakże tylko 2); w pow. myślenickim i tarnobrzeskim w każdym po 7 gmin, w pierwszym powiecie było chorych 219 (umarło 10%), w drugim 47 chorych w powiecie kamioneckim w 4 gminach 38 chorych, w nowotarskim w tyluż gminach 91 chorych, także w powiecie niskim, przemyślańskim, zbaraskim i żydaczowskim było po 3 gminy ospą nawiedzonych a liczba chorych 64, względnie 40, 46 i 44. Największa śmiertelność była w pow. kamioneckim, z 38 chorych umarło 7 czyli 18%, także groźnie pojawiła się ospa w jednéj gminie pow. złoczowskiego, w któréj zachorowało 82 osób, z tych umarło 14 czyli 17%.

Lwów d. 18 czerwca 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ Ministerstwo spraw wewnętrznych wydało pod d. 27 maja rozporządzenie dotyczące udzielania homeopatycznych roztworów leczniczych chorym przez lekarzy i chirurgów oddających się leczeniu metodą homeopatyczną. Najwyższém postanowieniem z d. 5 grudnia 1845 dozwolono homeopatom udzielać chorym bezpłatnie, z aptek zapisywać się mających nastojów pierwotnych i przetworów w potrzebném rozcieńczeniu i roztarciu. Dało to pole do nadużyć. Bezpłatne udzielanie leków stanowiło dobry środek wabienia chorych i reklamy. Istnieli lekarze, którzy podług życzenia leczyli aleopatycznie lub homeopatycznie a inni znów, którzy pod pokrywką homeopatycznego leczenia obchodzili apteki i chorym aleopatycznych leków udzielali. Przeciw tym nadużyciom skierowane jest rozporządzenie ministeryjalne, o którém mowa na początku. Stanowi ono, że wolność dyspensowania mają tylko lekarze i chirurdzy poświęcający się homeopatycznemu leczeniu, t. j. trzymający się przy leczeniu chorych wyłącznie homeopatycznéj metody a co do dyspenzacyi leków pierwotnych surowych zasad potęgowanego homeopatycznego rozcieńczania. Wspomniane rozporządzenie obostrza postanowienia dekretu kancelaryi nadwornéj z 9 grudnia 1846. Homeopaci winni nastoje pierwotne i przetwory do ich aptek domowych potrzebne pobierać z aptek krajowych, a udzielając chorym roztworów leczniczych dołączać kartkę zaopatrzoną podpisem a wskazującą dokładnie udzielony lek co do stopnia jego rozcieńczenia lub roztarcia. Nowém jest zobowiązanie władz politycznych do utrzymywania osobnych wykazów homeopatów i do rewidowania ich aptek domowych.

○ Dnia 11 b. m. odbyło się doroczne posiedzenie austryjackiego Towarzystwa ochrony zdrowia w Wiedniu. Po odczytaniu sprawozdania i dokonaniu wyborów radca Gauster przedłożył petycyję do Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie zwalczania alkoholizmu. W petycyi téj uwydatniono najpierw szkodliwe skutki oraz ruch jaki objawia się w innych państwach w tym kierunku a daléj potrzebę wystąpienia przeciw nadużyciu wyskoku. Państwo i gminy powinny walkę podjąć. W tym celu należy zbadać we wszystkich krajach istniejące stosunki, stać się to może za pomocą arkuszy z pytaniami jasno zadanemi, które należy stosownie wybrać. Obrobieniem zebranego materyjału winna się zająć ankieta złożona z kompetentnych ludzi zawodowych z zakresu administracyi, lekarzy, prawników i statystyków. W drugim rzędzie idzie o to kto ma być pytanym? nie wystarczy zapytanie władz administracyjnych, sądowych i więziennych ale potrzeba także zapytać lekarzy praktycznych drogą ich stowarzyszeń, jak również organa, którym powierzono czuwanie nad napojami wyskokowemi i ich badanie itd.

W końcu inżynijer Lazarus miał wykład o higijenicznych urządzeniach miast wielkich.

○ Nowy szpital w Wiedniu. Rząd wystosował do reprezentacyi gminnéj w Wiedniu postanowienie, z którego wynika, że utworzenie zapowiedzianego już czwartego publicznego szpitala nie ulega wątpliwości. Uczyni się przez to nieodzownéj potrzebie zadosyć. Szpital ten nie będzie ani wyłącznie ani przeważnie przeznaczonym do pomieszczenia chorych zakaźnych, lecz służyć będzie także dla innych chorych, wynika to z wspomnianego postanowienia, jak również i to, że zarząd państwa uznaje obowiązek przyjmowania chorych zakaźnych do jednego z istniejących szpitali o tyle tylko, o ile na to zezwalać będzie miejsce i względy higijeny szpitalnéj. Przez urządzenie tego czwartego szpitala gmina wiedeńska nie zostaje zwolnioną od obowiązku z ustaw zdrowotnych wynikającego starania się o pomieszczanie w czasie epidemij chorych w szpitalach na koszt gminy urządzonych.

○ Niezwykła droga szerzenia się kiły. Dr. Tepliashin opisuje w piśmie *Wracz* Nr. 17 ciekawe wystąpienie kiły u 8 osób, które leczył w szpitalu obwodowym glazowskim (w wiackiéj gubernii). Spojówka okazywała zapalenie większego lub mniejszego stopnia, brzegi powiek były zgrubiałe i stwardniałe. W niektórych miejscach w sąsiedztwie oczu i ust były miejsca jadzące się. Takież miejsca znaleziono na częściach rodnych i koło rzyci, chorzy jednak w zupełności zaprzeczali wszelkiego związku. Gdy wszyscy chorzy pochodzili z jednego miejsca, jasną było rzeczą, że tam istnieć musi jakaś właściwa przyczyna téj ciekawéj epidemii. W końcu odkryto, że pewna lekarka wykonywając swój zawód, jeden z najwięcéj poważanych pomiędzy wieśniakami w Rosyi, leczyła wszystkich swych chorych dotkniętych rzeczywistemi lub wymarzonemi cierpieniami ocznemi wylizywaniem oczu. Kobieta ta była dotknięta kiłą, któréj, co jest rzeczą ciekawą, nabyła w ten sam sposób od innéj kobiety. Wylizywanie oczu jest, jak podaje T., bardzo pospolitém w téj okolicy i dziwi się, że nie sprowadza częściéj złych następstw. Od ośmiu lat, jak T. w téj okolicy przebywa, widział do 10.000 chorych na oczy, a nie spotkał pierwéj ani jednego przypadku, któryby do tego zwyczaju odnieść należało. Następne dochodzenia poczynione na miejscu, okazały, że w 2 tych wioskach 10 mężczyzn i 24 kobiet zostało przez tę kobietę zarażonych. W celu ile możności pokonania choroby zarządzono w sąsiedztwie chwilową ordynacyję lekarską.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46·2. Z dławca i błonicy umarło 3 (2 z. t.); z duru brzusznego 3 żołnierzy (0 z. t.); z duru osutkowego 1, z gruźlicy 14 (8 z. t.); z zapalenia płuc 12 (15 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku błonicy, 1 duru osutkowego (z Podgórza), 6 duru brzusznego (4 obcych). W tygodniu od 15—21 maja umarło z ospy: we Lwowie 3, w Brodach 1, w Wiedniu 2, w Budapeszcie 10, w Pradze i Tryjeście po 5, w Rzymie 11, w Paryżu

10, w Warszawie 12, w Petersburgu 6. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku 6, w Warszawie 2, w Wenecyi, Amsterdamie i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 15, w Petersburgu 17. Z odry umarło we Lwowie 1, w Kołomyi 1, w Wiedniu 24, w Mnichowie 49, w Rzymie 18, w Londynie 98, w Paryżu 49, w Amsterdamie 10, w Stokholmie 15, w Petersburgu 27. Z płonicy umarło w Kołomyi 9, w Wiedniu 13, w Londynie 11, w Petersburgu 12. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Tarnopolu 2, w Tarnowie 1, w Berlinie 17, we Wrocławiu 12, w Hamburgu 18, w Wiedniu 1, w Pradze 9, w Paryżu 36, w Londynie 26, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło w Drohobyczu 1, w Stanisławowie 1, w Przemyślu 1, w Paryżu 9, w Londynie 66.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; we Lwowie 32,7; w Brodach 27,9; w Drohobyczu 38,3; w Kołomyi 56,1; w Przemyślu 20,6; w Stanisławowie 32,6; w Tarnopolu 16,3; w Tarnowie 40,6; w Czerniowcach 27,0; w Warszawie 22,6; w Poznaniu 26,3; w Wiedniu 31,3; w Salcburgu 36,8; w Gracu 31,3; w Tryjeście 21,5; w Insbruku 16,4; w Pradze 35,0; w Bernie 38,1; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 28,2; w Berlinie 20,6; we Wrocławiu 33,2; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 17,2; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 24,0; w Lipsku 17,9; w Mnichowie 42,6; w Strasburgu 25,5; w Amsterdamie 22,1; w Brukseli 25,5; w Budapeszcie 35,1; w Chrystyjanii 18,2; w Kopenhadze 19,4; w Londynie 19,0; w Odesie 21,7; w Paryżu 25,4; w Petersburgu 34,0; w Rzymie 29,6; w Stokholmie 26,9; w Wenecyi 20,1. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 czerwca. Wczorajsze posiedzenie Towarzystwa lekarskiego nie przyszło do skutku z powodu nieobecności prezesa i jego zastępcy.

* Wczoraj ukończone zostały co 3 lata powtarzające się wybory do Rady miejskiéj krakowskiéj. Pomiędzy 33 ustępującymi radcami znajdowali się z grona lekarskiego: Drowie Blumenstok, Domański, Jakubowski, Jordan, Majer, Pareński i Wiszniewski. Z wyjątkiem proff. Blumenstoka i Jakubowskiego, którzy o mandat radziecki się nie ubiegali, wszyscy wyżéj wymienieni na nową sześcioletnią kadencyję obranymi zostali, nadto między nowo obranymi radcami znajduje się Dr. Stanisław Paszkowski.

* **Wiedeń**. Radca dworu Dr. Hoffmann miał już prosić o uwolnienie od obowiązków dyrektora szpitala powszechnego, a ważną tę posadę zająć ma prof. Böhm.

* **Budapeszt**. Dyrektorem szpitala św. Rocha mianowany został prof. nadzw. Dr. Müller.

* **Praga czeska**. Celem podniesienia frekwencyi w Uniwersytecie niemieckim agitowano w uniwersytetach Cesarstwa niemieckiego, aby studenci niemieccy poczuwali się do obowiązku, słuchania choć jednego kursu w Pradze. Tymczasem Rada rzeszy niemieckiéj nie przychyliła się do prośby, aby czas spędzony w Uniwersytecie praźskim wliczony był studentom niemieckim, a tém samém agitacyja stała się bezprzedmiotową. *(W. med. Blätter).*

* W Cieplicach czeskich było dotąd gości 2215, w Szczawnicy do 20 czerwca 375 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Dyrektor polikliniki lekarskiéj prof. Meyer otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Gryfija**. Takie samo odznaczenie otrzymał prof. nadzw. i fizyk obwodowy Dr. Häckermann. — **Lipsk**. Również proff. Riss i Braune. — **Strasburg**. Prof. de Bary powołany został do Lipska. — **Kiel**. Prof. Esmarch otrzymał szlachectwo pruskie, a prof. nadzw. Bockendahl charakter tajnego radcy lekarskiego. — **Dorpat**. W miejsce Weila Wydział obrał nadzw. profesora heidelberskiego Dra Fryderyka Schultzego. — **Petersburg**. Prof. Nassilow wybrany został prof. kliniki chirurgicznej w miejsce Kołomnina.

* **Nekrologija**. D. 17 bm. umarł w Gracu radca dworu Karol Damian Schroff, b. profesor farmakologii i patologii ogólnéj i b. rektor Uniw. wiedeńskiego licząc lat 85. Urodzony w Kratzau w Czechach, mianowany w r. 1835 profesorem w Wiedniu pełnił obowiązki nauczycielskie aż do 1873, farmakologiję wzbogacił licznemi badaniami w kierunku doświadczalnym. Syn jego jest zwyczajnym profesorem farmakologii w Gracu.

W Krakowie umarł d. 20 b. m. Dr. Karol Ritter, c. k. lekarz pułkowy przy 57 pułku piechoty w Krakowie, licząc zaledwie lat 29. Był on wychowańcem Uniwersytetu naszego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 25: Tetza: Cierpienie skóry głowy w postaci mięsakowatych tworów (dok.); Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Carl SCHADECK: Ein Fall von Lichen ruber exsudativus Hebrae (Odbitka z *St. Petersb. med. Woehschr.*) in 8vo, str. 9.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 2 Lipca 1887. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola.

Podał **Prof Dr. A. Obaliński** w Krakowie.

W ostatnich czasach podawali i podają ciągle chirurdzy sposoby mające na celu zapobieżenie następstwom bardzo trafnie przez Reverdina nazwanym *accidents tardifs*, a mianowicie tężyczce (*tetania*), porażeniu więzadel głosowych, a wreszcie charlactwu ogólnie już znanemu pod nazwą podaną przez Kochera *cachexia strumipriva*.

Wszystkie one są i pozostaną jednak poprostu tylko jakby chwytaniem po omacku dopóty, dopóki nie dowiemy się o właściwém przeznaczeniu fizyjologiczném gruczołu tarczykowego, a ponieważ o potrzebie istnienia tego gruczołu tak fizyjologowie, jak i chirurdzy coraz bardziéj się przekonywają, przeto też i metody operacyjne przeważnie dążą do tego, ażeby o ile możności pozostawić coś z gruczołu tarczykowego a ograniczać się tylko do usunięcia części zwyrodniałych.

Do tego zmierzały wstrzykiwania śródmiąższowe nastoju jodowego, wcierania maści jodowych itp. środki, a gdy one okazały się po największéj części mało skutecznemi a czasem nawet szkodliwemi, starano ograniczać się przy wyłuszczaniu wola do jednéj tylko strony, co jednak nie mogło być uważaném za postępowanie odpowiednie w obec tego, że przypady, dla których właśnie operacyję podjęto, nie zawsze po takiéj połowiczéj operacyi ustępowały; w kilku bowiem przypadkach przyszło do znaczniejszego rozrostu powstałéj połowy, jak to i ja sam miałem sposobność postrzegania w jednym z moich dawniejszych przypadków.

Nieco późniéj wystąpił Mikulicz ze swoją metodą nazwaną przez niego resekcyją wola a polegającą na tém, że część jego przytykającą do tchawicy i tworzącą wnękę pozostawia się nietkniętą po poprzedniém podwiązaniu kilkoma podwiązkami, co po części zapobiegać miało obrażeniu nerwu wstecznego a po części przyczynić się do pozostawienia choć jednéj cząstki gruczołu. Pomijając tę okoliczność, że w bardzo podobny sposób postępował już amerykański chirurg Green przed 12tu laty (*Amer. Journ. of med. scien.* Styczeń, 1871), zgodzić się można ze słowami Wölflera (*Wien. med. Wochenschrift*, 1886, 29), który powiada o téj metodzie: „*In wie weit die Resection im Stande sei, den Gefahren der Tetanie und Cachexie vorzubeugen, wäre erst an der Hand weiterer Erfahrungen zu prüfen; theoretisch ist nicht einzusehen, warum durch Anlegung von Massenligaturen in der Gegend des Hilus die genannten Gefahren verringert werden könnten. Es kann ausserdem bei der bekannten innigen Beziehung des Nervus recurrens zum Kropfe gerade bei Anlegung von Massenligaturen leichter geschehen, dass dieser Nerv mitgefasst wird*". Ja sam miałem już sposobność przekonania się, że resekcyja wola wcale nie chroni od tężyczki i to w jéj postaci cięższéj, padaczkowatéj, o czém już wspomniałem na jedném z posiedzeń Tow. Lek. krak. (*Przegląd Lek.*, 1886, Nr. 9) a co wcale dziwić nie powinno, jeżeli razem z N. Weissem przypuścimy, że najprawdopodobniéj drażnienie nerwów sympatycznych przewiązkami sprowadza zadrażnienie istoty szaréj w rdzeniu przedłużonym i w części szyjnéj rdzenia pacierzowego.

O wiele właściwszą drogę obrał sobie Wölfler zwracając się do metody, którą podał był jeszcze Mays w 17m wieku, a którą wykonywali w początku obecnego wieku Ph. Walther, Blizzard, C. M. Langenbeck i Porta. Polegała ona na podwiązaniu obydwu tętnic tarczykowych jednéj strony i byłaby niewątpliwie wydała dobre rezultaty, jak się to zresztą w kilku przypadkach okazało, gdyby nie ciężkie przypady towarzyszące przebiegowi ran, jak flegmony, ropnica, krwotoki następowe itp., które zmusiły ostatecznie chirurgów do wydania potępiającego o niéj orzeczenia.

Za wielką zasługę policzyć więc należy Wölflerowi, że metodę tę dzisiejszym chirurgom przypomniał, a to tém bardziéj, że antyseptyka, chroniąca nas obecnie od owych groźnych przypadów, właściwą donioslość jéj wykazać może.

Przypadek jego dotyczył 29-letniego mężczyzny, który z powodu wola średniéj wielkości doznawał takiéj ciężkości oddechu, iż nie mógł oddawać się zwykłemu swemu zatrudnieniu jako tokarz. Operacyję wykonał W. tylko po stronie prawéj, jako przeważnie zajętéj, za pomocą cięcia poprowadzonego wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy, przyczém kładzie nacisk, że operacyja była trudną, gdyż wól był większym, niż się wydawał zewnętrznie i musiał być odwróconym ku wewnątrz, aby w głębi dojrzeć można było poprzecznie przebiegającą tętnicę tarczykową dolną. Rezultat był wyborny, gojenie odbywało się *per primam*, duszność ustąpiła zupełnie a operowana połowa wola zmniejszyła się po 7 miesiącach prawie o połowę. Korzystny ten przypadek dodał Wölflerowi bodźca do dalszych badań w tym kierunku, które wykazały, że nie ma obawy przy podwiązaniu nawet wszystkich czterech tętnic tarczykowych, powoli bowiem wytwarzające się krążenie oboczne, za pomocą *a. crico-thyreoidea mediana*, łączącéj się z jednéj strony z t. językową a z drugiéj z tarczykową dolną, zapobiega popadnięciu gruczołu w zgorzel. Przytém dodaje, że byłoby o wiele stósowniéj podwiązywać t. tarczykową dolną pomiędzy głowami m. schylacza głowy lecz trochę odmienniéj, niż podał C. M. Langenbeck [1]).

Dziwnato rzecz, że pomimo ogłoszenia tego przypadku jeszcze przed rokiem i pomimo wrażenia, jakie tenże wywarł nietylko między lekarzami, lecz także między szerszą publicznością, nie spotykamy się z ogłoszeniem dalszych spostrzeżeń w tym kierunku i z wyjątkiem drugiego przypadku, o którym wspomniał Wölfler na tegorocznym Zjeździe chirurgów i który mu dał sposobność do zrobienia przestrogi, aby sposobu tego nie używać w razie złośliwego przeobrażenia gruczołu tarczykowego, dowiedzieliśmy się tylko z dzienników politycznych, że metody téj użyć miał w dwóch przypadkach Billroth.

Tém skwapliwiéj podaję zatém do wiadomości mój przypadek, ile że nadto jest on dotąd jedynym, w którym u człowieka podwiązano wszystkie cztery tętnice tarczykowe bez tknięcia się samego gruczołu.

Florentyna M., 22-letnia służąca, zgłosiła się z końcem kwietnia b. r. na mój oddział z prośbą o wykonanie operacyi wola z powodu znacznéj duszności, która jéj nie pozwala zajmować się nawet lżejszą pracą fizyczną. O operacyi wiedziała ztąd, że przed rokiem była na oddziale leczoną metodą Gussenbauera (wcierania maści jodoformowéj z równoczesnemi okładami z octanu glinowego) ze skutkiem przemijającym, podczas gdy u innych równocześnie z nią przebywających chorych wykonałem wyłuszczenie wola. Tym razem postanowiłem i u niéj wykonać operacyję, lecz nie przez wyłuszczenie wola, jeno przez podwiązanie tętnic tarczykowych sposobem Wölflera, a to tém bardziéj, że wól był przeważnie umieszczony pod mostkiem (*s. substernalis*) a rozmiary gruczołu nie były na oko tak bardzo znaczne, o czém zresztą świadczą rozmiary szyi:

1. przez 7 wyr. kolcowy i chrząstkę pierścieniową : 34cm.
2. „ „ „ „ „ podgardle (*jugulum*) : 38 „
3. „ „ „ „ „ środek gruczołu : 36 „

Nim przystąpiłem do operacyi, musiałem rozważyć, w jaki sposób mam wykonać podwiązanie osobliwie tętnicy tarczykowéj dolnéj, gdyż, jak to już po części wyżéj wspomniałem, mogłem rozporządzać kilkoma metodami, a mianowicie przez cięcie na wewnętrznym brzegu mięśnia schylacza głowy, zalecane przez francuskich chirurgów Velpeaua i Chauvela, daléj przez cięcie Langenbecka-Dietricha w szczelinie dolnéj pomiędzy obydwiema głowami tegoż mięśnia, a wreszcie takiémże cięciem lecz nieco zmodyfikowaném przez Wölflera.

Przy tém okazała mi się nader przydatną cenna praca naszego rodaka Dra Drobnika, asystenta anatomii w Strassburgu (*Gazeta Lek.*, 1887, Nr. 6), który rozbierając szczegółowo na podstawie własnego doświadczenia, jakoteż i dziel poważnych autorów powyższe sposoby poddał je krytyce i udowodnił, że pierwszy z nich, jakkolwiek ma jasne i stałe wskazówki anatomiczne, jest bardzo trudnym do wykonania z powodu znacznéj głębokości, w któréj się operuje, przez co narazić się można na ujęcie lub obrażenie krzyżujących się z tętnicą nerwu sympatycznego lub wstecznego; że zaś drugi i trzeci pozbawione są owych jasnych wskazówek anatomicznych przez niestałość stosunku szczeliny między głowami mięśnia schylacza głowy do dużych naczyń i nerwów szyjnych, która jeszcze bardziéj występuje, jeżeli wól jest dosyć dużym i jeżeli dla wyrównania pola operacyjnego wyginamy choremu szyję w tył a głowę zwracamy ku stronie przeciwnéj. W końcu podaje swój sposób wielokrotnie na trupie wypróbowany, uważając go za najpewniejszy raz dla jego pewnych i jasnych wskazówek anatomicznych, a powtóre dla łatwości wykonania i to bez narażenia się na obrażenie którego z ważnych nerwów. Metodę tę podaję prawie dosłownie według autora: „Cięcie po zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczyko sutkowego zaczyna się 1—2cm. powyżéj obojczyka i ciągnie się aż do wysokości chrząstki tarczykowéj. W górnym kącie cięcia spotykamy na téj wysokości pod mięśniem szerokim szyi żyłę szyjną zewnętrzną. W dolnym kącie spotykamy pod mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym mięsień mostko-grdykowy lub jego ścięgno. Celem, do którego dążymy najpierw, jest mięsień dźwigacz klatki piersiowéj przedni (*scalenus anticus*). Od niego oddziela się warstwa tłuszczu i gruczoły limfatyczne ciągnące się wzdłuż żyły szyjnéj wewnętrznéj, od któréj je oddzielamy sposobem tępym, poczém spostrzegamy mięsień dźwigacz klatki piersiowéj przedni z przebiegającym po nim ukośnie nerwem przeponowym. Odciągnąwszy lekko ku wewnątrz m. schylacz głowy wraz z żyłą szyjną wewnętrzną, nerwem błędnym i tętnicą szyjną odszukujemy tętnicę wstępującą (*a. colli ascendens*), po któréj z łatwością dochodzimy do *truncus thyreo-cervicalis* a tém samém i do tętnicy tarczykowéj dolnéj; albo odszukujemy guzik Chassaignaca, poniżéj którego na 1—3cm. znajduje się na wewnętrznym brzegu mięśnia dźwigacza klatki piersiowéj łuk tętnicy tarczykowéj dolnéj.“ Nadto twierdzi autor, że znaczne nawet wola wcale nie przeszkadzają do odszukania téj tętnicy jego metodą i że wygięcie szyi i odwrócenie głowy nietylko nie szkodzi lecz przeciwnie ułatwia operacyję.

Przyznając wielkie zalety téj ostatniéj metodzie mimo to postanowiłem w niniejszym przypadku użyć metody pierwszéj, t. j. cięcia po wewnętrznym brzegu m. schylacza głowy i to z następujących powodów: 1) miałem zamiar podwiązania wszystkich czterech tętnic tarczykowych, co wymagałoby według metody Dra Drobnika aż czterech cięć, gdy ja tym sposobem obejść się mogłem dwoma cięciami ze względu, że cięcie do podwiązania tętnicy tarczykowéj górnéj służące przypada również na przednim brzegu mięśnia schylacza głowy; 2) przypuszczałem, że przedłużając tak znacznie jedno cięcie sprawi się, że rana nie będzie się wydawać tak głęboką;

[1]) Po bliższe szczegóły odsyłam szan. czytelnika do oryginalnéj pracy już poprzednio przytoczonéj.

a wreszcie 3) z doświadczenia nabytego przy wyłuszczaniu wolów i innych guzów w téj okolicy nabrałem przekonania, że tętnica szyjna daje się z łatwością odciągnąć za pomocą haka ku zewnątrz a tym sposobem podwiązujemy tętnicę tarczykową dolną więcéj na zewnątrz, a więc i zdala od miejsca jéj skrzyżowania z nerwem wstecznym. Oświadczam jednak, że w każdym przypadku bardzo rozwiniętego wola zdecydowałbym się raczéj na metodę Drobnika niż na metody Langenbecka-Dietricha lub nawet Wölflera.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach.

Napisał

Dr. Andrzéj Obrzut

1szy asystent tegoż zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Z powyżéj przedstawionego opisu komórek olbrzymich wynika bezsprzecznie, że każda z nich jako całość nie przedstawia nam jednéj komórki, a to, co przedstawia nam się jako pierwoszcze, składa się z istot różniących się od prawidłowego pierwoszcza komórki. W licznych miejscach udało mi się stwierdzić spływanie pojedynczych komórek w jednę całość, daléj na preparatach barwionych podług metody Grama wyszły na jaw znaczne różnice w tém pierwoszczu, pozwalające dokładnie odróżnić pojedyncze terytoryja pierwoszcza odpowiadające jądrom, między niemi istotę obcą delikatnie ziarnisto-włóknistą. Często spotykałem wreszcie komórki olbrzymie złożone tylko z téj masy bez jąder. Trudno zaś przypuścić wielkie masy pierwoszcza bez jąder jako komórki. Przeciw powstawaniu komórki olbrzymiéj z jednéj świadczy wprost ta okoliczność, że jądra ich bardzo ubogie w chromatyn znajdowały się bez wyjątku we wszystkich komórkach olbrzymich w stanie spoczynku. Tym ujemnym i dodatnim dowodom przeciw teoryi proliferacyjnéj przeciwstawić musimy pewne okoliczności, które nam posłużyć mogą do wytłumaczenia przynajmniéj z wielkiém prawdopodobieństwem powstania tych dziwnych tworów. Przedewszystkiém nasuwa nam się tu spostrzeżenie, że komórki olbrzymie znajdowały się w bezpośredniém otoczeniu ciał obcych, t. j. miąższu płucnego. Z góry przypuścić możemy, że jakakolwiek komórka znalazłszy się w bezpośredniém zetknięciu z ciałem obcém, skłonniejszą będzie do zmian wstecznych niż postępowych. Ciało obce szkodliwie musi wpływać na jéj odżywienie. Otaczające ją soki odżywcze zachować się muszą podobnie jak w obec ciała obcego. Najbliższe otoczenie ciała obcego i wszystko, co z niém się styka, stanie się punktem wyjścia spraw koagulacyjnych, problemu dotąd nierozwiązanego. Czy owe masy otaczające przegródki pęcherzyków płucnych są zlepionemi płytkami krwi (*Eberth-Schimmelbusch*), czy prawdziwemi skrzepami, (za czém świadczyłoby ich oddziaływanie według metody Weigerta na włóknik) nie jestem w stanie rozstrzygnąć. Prawie na pewne jednak przypuścić można, że te masy skrzeple czyteż pozlepiane płytki wspólnie z pierwoszczem komórek pojedynczych stanowią tak zwane pierwoszcze komórki olbrzymiéj, bo jakto wspomniałem, składowe części, t. z. pierwoszcze, dały się oddzielić odpowiednią metodą barwienia.

Pozostaje do wyjaśnienia drugie ważne pytanie, mianowicie pochodzenie jąder komórki olbrzymiéj.

Pytanie to jest w związku z kwestyją pochodzenia komórek w zgrubiałéj błonie surowiczéj i w tkance nowowytworzonéj a wypełniającéj pęcherzyki płucne. Liczne mitozy na śródbłonkach naczyń krwionośnych i na komórkach stałych tkanki łącznéj przemawiałyby za tém, że komórki zwane epitelioidowemi pochodzą z komórek okazujących mitozy. Współudział jednak leukocytów, które wyemigrowały, nie da się wykluczyć ze względu na owe postacie komórek, które stanowią przejście pomiędzy komórkami limfoidalnemi a epitelioidowemi.

Na pewne przypuścić możemy, że pewna część jąder komórek olbrzymich odpowiada komórkom epitelioidowym, które usadowiły się przy przegródkach pęcherzyków płucnych, a następnie pod wpływem przemian wstecznych, wyżéj opisanych, zlały się z sobą. Inne jądra, zwłaszcza odpowiadające wielkością i ilością chromatynu leukocytom, uważać musimy za imigrowane ciałka białe krwi. I imigracyję komórek epitelioidowych muszę uważać za prawdopodobną. Te komórki zlane z sobą w jednę masę nie są zdolne do żadnych przemian postępowych, mianowicie do wytworzenia tkanki łącznéj. Albowiem komórka olbrzymia przylega do ciała obcego, a często oddzielona jest od nowowytworzonéj naczyniowéj tkanki wolnym przestworem, znajduje się zatém wśród warunków dosyć niekorzystnych. Ta okoliczność przemawia także przeciw przypuszczanéj przez zwolenników teoryi proliferacyjnéj, możliwéj proliferacyi jąder w komórce olbrzymiéj. Dalszym wyrazem tego upośledzonego odżywienia komórek składających komórkę olbrzymią jest mała ilość chromatynu w jądrach, a ta okoliczność znów nie przemawia za możliwą ich czynnością proliferacyjną.

W obec wszystkich powyższych okoliczności uważam za usprawiedliwione zdanie, że komórki olbrzymie tworzące się naokoło ciał obcych, są tylko konglomeratami komórek znajdujących się na drodze przemian wstecznych.

2) Komórki olbrzymie przy gojeniu się ran w narządach miąższowych. Literatura odnosząca się do gojenia ran jest dosyć bogatą. Liczni autorowie wspominają o tworzeniu się komórek olbrzymich w przebiegu téj sprawy, są jednakże te sprawy dla nich rzeczą uboczną. Najbardziéj wyczerpująco zajmował się w ostatnich czasach tym przedmiotem Podwyssocki (*Untersuchungen über die Regeneration des Lebergewebes. Beiträge zur path. Anatomie von Ziegler und Nauwerk* I. 3, 1886). Autor ten sądzi, że komórki olbrzymie napotykane w bliznach wątroby przedstawiają przecięcia poprzeczne przewodów żółciowych, których przybłonki proliferując zlewają się z sobą. Z tychto komórek olbrzymich mają późniéj powstawać komórki wątrobowe i w ten sposób ma przychodzić do regeneracyi miąższu wątrobowego.

Moje doświadczenia w tymże celu wykonywane doprowadziły mnie do znacznie odmiennych rezultatów. Najdogodniejszém polem do tych doświadczeń jest wątroba. Wszelkie urazy tego organu z zachowaniem przepisów aseptycznych zwierzęta znoszą dobrze, zwłaszcza, że tu wystarczy wycięcie małego klinowatego kawałka wątroby. W bliźnie w skutek tego powstałéj komórki olbrzymie są prawie stałym składnikiem, a są tém liczniejsze, im więcéj powikłaną jest sprawa gojenia, mianowicie im liczniejsze części miąższu dotykające brzegów rany ulegają nekrozie, a ma to zawsze miejsce, tylko raz w stopniu wyższym, drugi raz w niższym.

Części nekrotyczne nagrodzone zostają nowowytworzoną tkanką łączną, która i w dalsze części miąższu wnika trzymając się przytém dróg między zrazikami, a częściowo i naczyń wchodzących w głąb zrazików. Składniki blizny jak wszędzie, tak i tutaj zależą od wieku blizny. W początkach przeważają składniki okrągle i epitelioidowe, później tkanka łączna i komórki wrzecionowate. Twory zwane pseudokanalikami są nieliczne, a powstają, jak to na inném miejscu starałem się udowodnić, z pozostałych komórek wątrobowych.

Począwszy już od dnia 10go blizny te zawierają prawie stale komórki olbrzymie. Ich związek z pozostałemi wysepkami miąższu wątrobowego można łatwo udowodnić. Podobnie jak w różnych postaciach marskości spotykamy i w bliznach tych wysepki miąższu wątrobowego w różnych okresach przemian wstecznych. Często te wysepki ulegają nekrozie, a wtedyto prawie stale spotykamy w nich komórki olbrzymie. W innych znowu razach cała taka wysepka miąższu przemieniona jest w komórki olbrzymie poodzielane od siebie przegródkami z tkanki łącznéj. Zamiast tych przegródek spotykamy często w tkance naczynia międzyzrazikowe, lub nekrotyczne składniki istniejącego dawniéj miąższu, a naokoło tych elementów, jako ciał obcych, grupują się komórki olbrzymie.

Często zauważyć można pewien niestosunek pomiędzy wielkością komórki olbrzymiéj a ilością jéj jąder. W wielkich komórkach znajdujemy stosunkowo mało jąder, w mniejszych zaś wielkie ich mnóstwo. Oprócz owych zwyczajnych wielkich okrągłych lub owalnych jąder, które zawierają bardzo mało istoty chromatycznéj, znajdujemy jądra odpowiadające leukocytom, a prócz tego często ciałka krwi czerwone silnie safraninem zabarwione (preparaty pochodzące z materyjału stwardłego w rozczynie Fleminga). Pierwoszcze zawiera bez wyjątku wielką ilość ziarnistego barwika żółci. W częściach miąższu przylegających do blizny spotykamy zmiany, które mogą nam wyjaśnić powstanie komórek olbrzymich. Zwykle znajdujemy tu zmiany wsteczne, często jednak i wprost przeciwne zmiany, mianowicie proliferacyję komórek wątrobowych, a jako produkt téj proliferacyi pseudokanaliki żółciowe. Komórki okazujące mitozy mają zarysy wyraźne, inne spływają z sobą w masę jednostajną lub delikatnie ziarnistą. To samo spływanie zauważyć można na pseudokanalikach. W skutek takiego spływania komórek wątrobowych powstają komórki olbrzymie. Część ich jąder należy do jąder istniejących dawniéj komórek wątrobowych, inne są prawdopodobnie leukocytami, które przywędrowały, lub komórkami epitelioidowemi.

Gdy gojenie się rany jest więcéj powikłaném, gdy mianowicie całe zraziki lub grupy ich ulegają nekrozie, to wtedy prawie na całym obwodzie nekrotycznego miąższu spotykamy komórki olbrzymie. Sąto komórki największych rozmiarów, jakie spotykam. Zajmować mogą $^1/_4$—$^1/_2$ całego obwodu nekrotycznego zrazika. Granica między ich pierwoszczem a nekrotyczną częścią zrazika nie jest nigdy wyraźną. Na preparatach pikrokarminowych barwa ich brunatno-czerwonawa przechodzi w miąższ żółto zabarwiony. W pierwoszczu tych komórek olbrzymich można niekiedy odróżnić pojedyncze komórki. Jako resztki dawniejszego miąższu nekrotycznego spotykamy często w tém pierwoszczu włókienka tkanki łącznéj odpowiadające przebiegowi naczyń międzyzrazikowych. Część zatém miąższu nekrotycznego na obwodzie zrazika posłużyła do wytworzenia komórek olbrzymich. W przestworach wolnych między blizną a komórkami olbrzymiemi spotykamy komórki epitelioidowe o jądrach zupełnie podobnych do jąder komórki olbrzymiéj i nieliczne leukocyty. Na tych miejscach obwodu zrazików, gdzie nie znajdujemy komórek olbrzymich, wnikają z blizny pojedyncze włókienka tkanki łącznéj i komórki wrzecionowate do obwodu nekrotycznego tworząc wzdłuż naczyń włosowatych powierzchownych delikatną siatkę. W tém musimy upatrywać widoczną dążność nowowytwarzającéj się tkanki zastępowania kiedyś części nekrotycznych. Ta sama dążność objawia się i na miejscach, gdzie powstają komórki olbrzymie, tylko tutaj nie przychodzi do wytworzenia się tkanki łącznéj z imigrowanych komórek. Te pozbawione związku z resztą tkanki łącznéj unaczynionéj wśród mas nekrotycznych nie mogą się daléj rozwijać, pierwoszcze ich mięsza się wśród przemian wstecznych z nekrotyczną masą, jądra utrzymują się w całości przez pewien czas, napawają się barwikiem żółci rozpadając się wreszcie w miazgę molekularną. Nie może tu być mowy o jakiéjś czynności proliferacyjnéj komórek w takiéj masie nekrotycznéj, jądra zawierają zaledwie ślady istoty chromatycznéj, a wreszcie zupełnie bledną dając początek t. z. wakuolom. Komórki olbrzymie są tu zatém produktem przejściowym już z góry przeznaczonym na rozpad i następowe wessanie przez tkankę nowopowstającą w ich sąsiedztwie. W ten tylko sposób można pojąć tyle omawianą czynność resorbcyjną komórek olbrzymich. Nie one jednak sprowadzają wessanie części nekrotycznych, ale zastępując je przez jakiś czas, same wreszcie rozpadają się i zostają wessane. Sprawa ta postępuje w głąb dopóty, aż cała część nekrotyczna zostanie zastąpioną przez tkankę łączną nowopowstającą. Analogiczne a może nawet identyczne znaczenie będą miéć osteoblasty Köllikera.

3) Komórki olbrzymie w liszaju żrącym. Od czasu publikacyi Friedländera (*Untersuchungen über Lupus, Virchows Archiv* T. 60, pag. 15) przypuszczenie, że liszaj żrący nie jest niczém inném, jak tylko gruźlicą zlokalizowaną w skórze lub na błonach śluzowych, zyskało podstawę anatomiczną, ale pozostało przecież tylko przypuszczeniem. Komórki olbrzymie przestały być składnikiem patognomonicznym gruźlicy, a inni autorowie jak Köster, Griffini, Brodowski (Cyt. podług Baumgartena) i Baumgarten (*Ueber ein Knochensarcom mit tuberkelähnlicher Structur nebst einigen Bemerkungen über die anatomischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tuberculose. Virch. Arch.* T. 76) znaleźli gruzełki prosówkowe z komórkami olbrzymiemi w produktach kiłowych. Dopiero po odkryciu w gruzełkach liszaja żrącego prątków gruźliczych przypuszczenie Friedländera stało się pewném.

Właściwością anatomiczną liszaja żrącego jest, że pod wpływem téj saméj szkodliwości, t. j. prątków, przychodzi do proliferacyi nietylko stałych komórek tkanki łącznéj i do wytworzenia tym sposobem gruzełków prosówkowych, ale że także składniki przyskórkowe skóry ulegają proliferacyi. Niektórzy autorowie, mianowicie Rindfleisch (*Lehrbuch der pathol. Gewebslehre* 1886, pag. 319) poszli tak daleko, że te zmiany produktywne w gruczolach łojowych uważali za najważniejsze w całym obrazie chorobowym. Zapatrywanie to jest z pewnością za daleko sięgającém, jak również zdanie Baumgartena (*Ueber Lupus und Tuberculose. Virchows Archiv.* T. 82, pag. 397), który temu zjawisku odmawia wszelkiego znaczenia, jest jednostronném. Jakikolwiek narząd stanie się siedzibą gruźlicy, wszystkie jego składniki biorą udział w téj sprawie nowotwórczo-zapalnéj, w skórze zatém także

utwory przyskórkowe, podobnie jak n. p. w wątrobie komórki wątrobowe i kanaliki żółciowe. Nie jestto nic charakterystycznego dla liszaja żrącego, jak słusznie Baumgarten zauważa, ale przecież jestto stałym objawem i wpływać musi na ukształtowanie się całego obrazu gruźlicy w skórze. Komórki olbrzymie, prawie stały składnik liszaja żrącego, wyprowadzają Lang (*Vierteljahrschrift f. Dermatologie und Syphilis* 1874) i Stilling (*Einige Beobachtungen zur Anatomie u. Pathologie des Lupus. Deut. Zeitschrift f. Chirurgie* 1887) z wybujałych gruczołów łojowych skóry. Stanowczo przeciw takiemu powstawaniu komórek olbrzymich występuje Baumgarten, głównie z tego powodu, że komórki olbrzymie spotykał pomiędzy dwoma zagłębieniami gruczołowemi i że nigdzie nie widział przejść z przekrojów poprzecznych gruczołowych w komórki olbrzymie. Na oba te zarzuty odpowiedź jest łatwa. W obec zmian hyperplastycznych w przyrządzie gruczołowym nie dziwnego, że wypustki gruczołowe spotykamy i pomiędzy prawidłowemi zagłębieniami gruczołowemi i że te podobnie jak istniejące już gruczoły mogą dać początek komórkom olbrzymim. Przejścia zaś z gruczołów w komórki olbrzymie łatwo spotkać na każdym preparacie. Tak zwane komórki pseudoolbrzymie nie są niczém innėm, tylko okresem przejściowym.

W przypadku liszaja żrącego, który miałem sposobność badać, spotykałem niekiedy komórki olbrzymie okrągłe, o jądrach przybrzeżnie ułożonych, a w nich okrągławe otworki w środku lub bocznie ułożone. Otworki te albo były zupełnie wolne, przedstawiały się jako wakuole, albo były wypełnione delikatnemi bezbarwnemi molekułami. W tém należy upatrywać jeden z ważnych dowodów ich pochodzenia z przewodów gruczołowych. Takie pojmowanie komórek olbrzymich nie stoi bynajmniéj w sprzeczności z nauką Weigerta (*Kritische und ergänzende Bemerkungen zur Lehre von der Coagulationsnecrose. Deutsche med. Wochschr.* 1885 Nr. 44 et seq.) o nekrozie koagulacyjnéj. Zarzut taki uczyniony Langowi przez Baumgartena nie da się usprawiedliwić, bo komórki przyblonkowe składające tutaj komórkę olbrzymią nie są jeszcze nekrotycznemi, tylko ich pierwoszcze w skutek niekorzystnych warunków odżywczych gruzełka spłynęło z sobą, to jednak nie jest jeszcze identycznėm z nekrozą.

W gruzełkach liszaja żrącego jak i w gruźlicy innych narządów najpierw pewne małe grupy komórek (w środku) ulegają z czasem nekrozie. Być zatém może, że i tu mogłoby przyjść do tworzenia komórek olbrzymich w sposób, jaki podałem przy gojeniu się ran w wątrobie. W dwóch przypadkach liszaja żrącego w tym celu badanych nie mogłem jednak zyskać żadnéj podstawy do tego przypuszczenia, które z góry jako nieprawdopodobne wykluczyć się nie da.

Na tém kończę moje uwagi dotyczące komórek olbrzymich, jako komórek gruźliczych. Szczegółowo omówiłem genezę ich już na innėm miejscu. (Dok. nast.)

III. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Poddawania terminowe udają się nie u wszystkich hypnotyków, lecz i ci, u których się udają, nie zawsze wykonywają poddaną czynność z jednakową ścisłością; czasem nie zupełnie, lub obok rzeczy poddanych wykonywają cały szereg innych, o których w poddaniu mowy nie było; tak jeśli np. poddaje się, że po obudzeniu hypnotyk ma 3 razy obejść pokój, niektórzy hypnotycy obchodzą tylko raz, po drodze przestawiają krzesła lub dotykają innych przedmiotów. Jednemu z moich hypnotyków p. K. poddano, aby w pół godziny po obudzeniu wziął stojące przy drzwiach kalosze, postawił je na stole, znajdującym się na środku pokoju (sali wykładowéj w Zakładzie fizyjologicznym) i włożył w nie ręce. Hypnotyk po obudzeniu przez dwadzieścia kilka minut chodzi jakby zamyślony po pokoju, pali papierosa, lecz z nikim nie chce rozmawiać, nie odpowiada na pytania, zwraca uwagę wreszcie na kalosze, obchodzi je kilka razy, zastanawia się, patrząc wciąż na nie, podchodzi do stołu, ściera pył na stole; postawszy kilka chwil znowu wraca ku kaloszom, przechodzi od kaloszy do stołu, nareszcie podnosi kalosze, stawia na stole i wkłada w nie ręce, wyjmuje je, lecz wciąż zostaje w tym samym stanie; obchodzi koło stołu i zaczyna ustawiać krzesła do koła, porządkuje je, przestawia po kilka razy, z impetem przesuwa, nie zwracając najmniejszéj uwagi na siedzące obok osoby, które widząc te gwałtowne ruchy usuwają się; na pytanie nie odpowiada, lecz wciąż przez kilkanaście minut porządkuje daléj krzesła. Nareszcie musiałem go obudzić, rozkazując, aby téj czynności zaprzestał; po chwili hypnotyk był zupełnie przytomny i o tém, co prawie przez pół godziny czynił, wcale nie pamiętał, skarżył się tylko na pewne zmęczenie i lekki ból głowy.

Z przykładu tego widzimy najprzód, że hypnotyk przez pewien czas jakby się namyślał, walczył z poddaną myślą, dopiero po niejakim czasie zdecydował się i że prócz tego wykonywał czynności, które nie były poddane, np. ścieranie pyłu i ustawianie krzeseł; lecz czynności te, przynajmniéj w danym przypadku, były do pewnego stopnia skojarzone z wyobrażeniem tego stołu; na tym bowiem stole stoją zwykle mikroskopy dla demonstracyi preparatów histologicznych; przed ustawieniem mikroskopów słuchacze moi ustawiają krzesła naokoło stołu, służący zwykle ściera pył. P. K., jako mój słuchacz, nietylko bywał przy tém, lecz nieraz sam ustawiał stołki; oczywiście więc, że widok stołu, do którego się zbliżył w skutek poddania, wywołał wyobrażenia tych czynności, które przy tym stole się odbywały, a te wyobrażenia z kolei wywołały odpowiednie im czynności ze strony hypnotyka.

I przy poddawaniach więc terminowych, tak samo jak w stanie hypnotycznym właściwie trudno mówić o świadomym udziale woli hypnotyków, ponieważ nie wiemy, czy stany, spostrzegane przed wykonaniem poddanéj czynności: wahanie się, rozmyślanie, w rzeczywistości są takowemi, czy też zależą one tylko od tego, że wyobrażenia poddanych czynności występują nie od razu wyraźnie lub że odtwarzaniu się ich przeszkadzają do pewnego stopnia inne wrażenia, które hypnotyk w tym czasie otrzymuje.

Obserwując rozwój halucynacyj wzrokowych terminowych można stwierdzić, że w miarę zbliżania się oznaczonéj chwili u hypnotyka nasamprzód mimo woli powstaje myśl o przedmiocie, który ma spostrzedz, lecz niewyraźna, nieokreślona. Hypnotyk również mimowoli zwraca oczy w tę stronę, gdzie ma widzieć przedmiot poddania, lecz jeszcze nic nie widzi i w dalszym ciągu rozmawia, nie zwracając uwagi na tę myśl. Coraz częściéj jednak czuje potrzebę spoglądania w tę stronę, staje się mniéj uważnym, na zapytanie nie daje odpowiedzi, zwraca uwagę, że coś widzi w oznaczonėm miejscu niewyraźnie i dopiero stopniowo poddany obraz lub przedmiot występuje coraz wyraźniéj, nareszcie

przedstawia się hypnotykowi tak, jakby odpowiadał rzeczywistości. W miarę jak się wyjaśnia ten obraz, świadome oddziaływanie zmniejsza się i ostatecznie zupełnie znika; świadomość obniża się równolegle do wzrostu wyrazistości poddanego wyobrażenia, aż nim ostatnie całkowicie zapanuje. Z początku hypnotyk niekiedy stara się ukryć swój stan i wyszukuje pewnych motywów, któreby mogły usprawiedliwić wypowiedziane słowa, lecz to tylko z początku, dopóki poddane wyobrażenie nie staje się wyraźném. Wszystko to sprawia wrażenie, że świadomość nie ma żadnego wpływu na rozwój poddanéj myśli i można się zgodzić z Liébeaultem, że hypnotyk *marche au but avec la fatalité d'une pierre qui tombe.* Hypnotykowi W. w stanie hypnotycznym poddałem, że w 15 minut po obudzeniu się ma uklęknąć i zmówić „Ojcze nasz". Obudzony hypnotyk rozmawia z nami, potém siada przy stole i przegląda tytuły książek i po 12 minutach nagle zwraca się do kolegi ze słowami „ty się nie modlisz," przy tém mimo woli i bez racyi w ciągu rozmowy wymawia wyrazy „Ojcze nasz", bierze leżącą na stole książkę, czyta tytuł i między słowy tylko mniéj głośno wplata, „któryś jest.... w niebiesiech itd.;" widocznie coraz bardziéj traci świadomość, zamyka oczy, opuszcza się na kolana i szybko nie wyraźnie odmawia dalszy ciąg modlitwy pańskiéj; potém wstaje i widocznie się budzi. Zachowanie się więc hypnotyka podczas powstawania poddanego wyobrażenia przypomina do pewnego stopnia umysłowo chorych podczas pierwszych okresów choroby, gdy powstają tak zwane wyobrażenia poniewolne, nieodstępne *(Zwangsvorstellungen).*

W podobny sposób można wywołać prócz przytoczonych zjawisk cały szereg innych, jak np. ból w pewném miejscu, swędzenie, potrzebę pójścia na stolec itp. Stan, w jakim się hypnotyk znajduje przy tych poddawaniach, jest również, o ile z własnych doświadczeń wnosić mogę, stanem somnambulicznym. Jeśli poddaje się np., że hypnotyk po obudzeniu ma doznać bólu w palcu u ręki, to hypnotyk obudzony, przez cały czas, w ciągu którego ma trwać poddanie, zachowuje się nienaturalnie; wciąż patrzy na miejsce, w którém ma doznać bólu, ogląda je, o niczém nie chce mówić, nie zapytuje o środki, któreby ten ból usunęły. Po upływie oznaczonego w poddaniu czasu, niekiedy nagle, czasem stopniowo, przechodzi do stanu prawidłowego i często w kilka minut nie pamięta zupełnie o tém, że przed chwilą czuł ból w pewném miejscu. Nie podlega wątpliwości, że i pod tym względem odgrywa wielką rolę indywidualność hypnotyka, a także tresura hypnotyczna.

Podczas jednego stanu hypnotycznego można poddać jednocześnie kilka rozmaitych czynności na różne terminy; poddania te mogą współcześnie istnieć w mózgu hypnotyka, który spełnia je mniéj lub więcéj w poddanych terminach. Co do tego jak długie mogą być te terminy, to w obecnéj chwili jeszcze stanowczéj odpowiedzi dać nie można; istnieją doświadczenia Beaunisa i Liébeaulta, z których pierwszy poddał pewną halucynacyję na termin 173 dni i halucynacyja miała miejsce a drugi innemu hypnotykowi bardzo złożoną czynność, którą hypnotyk wykonał ściśle w rok od dnia poddania.

Z przytoczonych faktów widzimy, że poddawanie na oznaczone terminy różni się tém od poddawania w stanie hypnotycznym i poddań, które hypnotycy mają wykonać zaraz po obudzeniu się, że między snem hypnotycznym a chwilą wykonania poddania istnieje przeciąg czasu, w ciągu którego hypnotyk zdaje się być w stanie zupełnie prawidłowym; Delboeuf jednak podaje, że hypnotycy, których obserwował, nawet przy terminie jednodniowym skarżyli się na pewien nieokreślony niepokój, który sprawiał im przykrość; dla tego upraszali go, aby doświadczeń téj kategoryi zaniechał. Mając tę okoliczność na względzie doświadczeń téj kategoryi nie wykonywałem, témmniéj, że już samo hypnotyzowanie wywierało pewien wpływ na hypnotyków, w skutek którego zajmowanie się pracą umysłową stawało się niemożebném, przynajmniéj w ciągu tego samego dnia uskarżali się na pewne nieusposobienie do pracy, przytępienie pamięci, rozdrażnienie itp.

Przy poddawaniach terminowych na pierwszy rzut oka najbardziéj zadziwia ten fakt, że hypnotycy wykonywają poddane czynności niekiedy w ściśle oznaczonym czasie, nie tylko dniu, lecz czasem godzinie i minucie; kwestyja ta jednak nie jest tak trudna do zrozumienia. Nasamprzód zaznaczyć muszę, że dokładność pod tym względem nie zawsze bywa jednakową. Jeżeli np. poddamy, że pewną czynność ma hypnotyk wykonać w pół godziny po obudzeniu się, to jeden hypnotyk wykonywa ją po kwadransie, drugi po dwudziestu kilku minutach, trzeci po trzech kwadransach itd.; również jeśli poddajemy w śnie hypnotycznym, że hypnotyk ma się obudzić za 10 minut, to jeden się budzi po 8 min., inny po kwadransie, inny znowu po 10 min.; tak że takiéj zegarowéj ścisłości w tém nie ma; daléj wiadomo, że nietylko ludzie w stanie prawidłowym mogą nabierać wprawy w ocenianiu czasu, np. astronomowie lub muzycy przez częste kontrolowanie siebie, przyzwyczajenie, lecz że zdolność tę posiadają w pewnym stopniu i zwierzęta. Oczywiście zdolność ta nie jest oparta na ocenianiu czasu, jako oderwanego pojęcia, lecz jako szeregu następujących po sobie wrażeń. Godzina dla organizmu zwierzęcego przedstawia tylko pewną sumę wrażeń: świetlnych, słuchowych, smakowych, ruchowych itd., które w pewnym czasie organizm zwykł otrzymywać; te więc wrażenia służą za miarę czasu, a ponieważ tylko stosunkowo bardzo mała część tych wrażeń dochodzi do świadomości, wszelkie więc określenie czasu odbywa się w sferze nieświadomych czynności organizmu; wiadomo, że niektóre osoby mając zamiar obudzić się w oznaczonym czasie, ściśle według godziny oznaczonéj się budzą; na tém właśnie polega prawdopodobnie określenie czasu i u hypnotyków: z sumą wrażeń w pewnym czasie otrzymanych wiąże się poddane wyobrażenie zupełnie tak samo, jak zasypianie hypnotyka przy spotkaniu z pewną osobą, jeśli hypnotyzer w stanie czuwanie zapowiedział to, jakkolwiek hypnotyk w czasie usypiania może zupełnie o tém nie myśleć. Prócz tego wyobrażenie poddanéj czynności może się nawiązywać do daty i miejsca itp., jak to było w jednėm z doświadczeń Beaunisa. W lipcu B. zapowiedział hypnotyczce we śnie hypnotycznym, iż w dzień Nowego Roku będzie go widziała wchodzącego do pokoju w celu złożenia jéj powinszowania. Na Nowy Rok hypnotyczka rzeczywiście widziała go (Beaunis w tym czasie był w Paryżu), lecz w tém samém ubraniu, jakie miał w lipcu. W tym przypadku poddana halucynacyja skojarzyła się z wyobrażeniem Nowego Roku i wszystkich towarzyszących temu dniowi okoliczności, te ostatnie właśnie wywołały poddaną halucynacyję, pomimo że hypnotyczka o poddaniu zupełnie nie wiedziała.

Kwestyja, jak długo mogą trwać poddane halucynacyje jeśli termin nie jest oznaczony, nie jest także dokładnie zbadaną. Liébeault jednéj z hypnotyczek poddał, że będzie widziała siebie ubraną w suknię czerwoną a przyjaciółkę w błę-

kitną (obie były czarno ubrane); hypnotyczka nietylko tego samego dnia miała odpowiednią halucynacyję, lecz jeszcze nazajutrz do wieczora widziała na sobie suknię koloru czerwonego a na przyjaciółce do rana trzeciego dnia już tylko dolną część sukni koloru błękitnego. Zastósowanie hypnotyzmu w celach leczniczych i pedagogicznych przedstawia przykłady, w których stan wywołany w skutek poddania trwał przeszło dwa miesiące. Liébeault przytacza jako przykład pewnego lekarza, nałogowego pijaka, którego chciał wyleczyć z nałogu za pomocą hypnotyzmu i w tym celu kilkakrotnie usypiał go i poddawał, że ma zaprzestać używania trunków; chory po kilku doświadczeniach rzeczywiście zaprzestał i powstrzymywał się aż do końca trzeciego miesiąca, w któryinto czasie ponownie oddał się kultowi Bachusa. Również dziecko krnąbrne i leniwe poprawiło się w skutek poddania i było pracowite i uległe przez jakiś czas, lecz po dwóch miesiącach nietylko znowu wróciło do starych nałogów, lecz mimo nalegania rodziców za nic się nie zgodziło poddać na nowo hypnotyzowaniu. (C. d. n.)

IV. O aklimatyzacyi w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu małajskim.

Podał

Dr. Maksymilijan Gumplowicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Zwracając się ku stosunkom klimatycznym Indyj holenderskich w ogóle powiedzieć możemy, że klimat jest tu o wiele łagodniejszym i zdrowszym, niż w wielu innych krajach gorących. Wynika to nasamprzód z samej istoty wysp ulegających wpływowi otaczającego oceanu, wystawionych na ustawiczne i regularne działanie wiatrów morskich, które i ciepłotę średnią obniżają i różnice ciepłoty zmniejszają. Ciepłota średnia roczna wynosi pomiędzy 26° a 27° C. Różnica co do średniéj ciepłoty miesięcznéj w różnych porach roku jest nadzwyczaj mała, zaledwie 1—2° C. wynosi. Podobnież różnica między najwyższą a najniższą ciepłotą dzienną rzadko kiedy ponad 5° C. wynosi. W trzech latach mego pobytu 3 razy dziennie zapisując ciepłotę (w cieniu), najniższa, jaką zaznaczyłem, wynosi 23·5° C. (nad ranem), najwyższa zaś 31° C. (o godzinie 2giéj popołudniu). Najczęściéj ciepłota w południe trzyma się pomiędzy 28 a 29° C., nad ranem zaś pomiędzy 25 a 26°. Dzień i noc zawsze, z małemi oscylacyjami, są równe i w téj mierze nie ma różnicy między porami roku. Ztąd pochodzi, że wprawdzie nie ma chłodniejszéj zimy, ale zato téż nie ma nieznośnie gorącego lata, jak to bywa w krajach gorących w większéj już odległości od równika położonych. Pory roku różnią się między sobą jedynie co do kierunków panujących wiatrów i co do deszczu. W częściach archipelagu na południe od równika położonych (Jawa i małe wyspy Sundajskie) od października do maja panują wiatry zachodnie (t. z. musson zachodni) i pora deszczowa, od maja zaś do października wiatry wschodnie i posucha (musson wschodni). W krajach na północ od równika położonych (północna część Sumatry) ma się rzecz wręcz odwrotnie. W miejscowościach wreszcie tuż nad równikiem lub w małéj odległości od niego położonych (o 1 lub 2°) nie ma wyraźnéj a stałéj różnicy między mussonami. Wilgoć atmosferyczna na całym obszarze archipelagu jest bardzo znaczną, wynosi średnio 800 (oznaczając przez 1000 stan nasycenia). Ilość spadającego deszczu wynosi średnio przeszło 2000 milimetrów na rok, podlega oczywiście stosownie do pory roku wielkim zmianom. Tak w r. 1886 podczas mego pobytu w archipelagu Molukków spadło na wyspie Amboinie w czerwcu 1180 a w lipcu 870 mm., t. j. razem trzy razy tyle, ile w wielu innych krajach europejskich w przeciągu całego roku. Co do wpływu pór roku na stan zdrowia powiedzieć można w ogóle, że czas regularnie codziennie spadających deszczów jest najzdrowszym. Podobnież zdrowym jest czas stałéj pogody, dopóki przez dłuższą posuchę nie nastaje brak lub zepsucie wody do picia. Niezdrowym w ogóle jest czas przejścia z pory deszczowéj w suchą i na odwrót. Zwłaszcza jeżeli, jak to nieraz bywa w początku pory deszczowéj, po dłuższéj posusze następuje kilka ulewnych deszczów, a po nich znów kilka dni gorących a suchych, wtedy liczyć można z wielkiém prawdopodobieństwem na wystąpienie cholery, lub co najmniéj na częstsze przypadki zimnicy.

Wspomniane stosunki panują w okolicach nadbrzeżnych lub niezbyt wysoko ponad poziom morza wzniesionych. W wyżéj położonych miejscach między 1500 a 2000 stóp ciepłota średnia spada już o kilka stopni, a różnica ciepłoty między dniem a nocą zwiększa się. Na 2500 do 3000 stóp klimat dla Europejczyka jest wcale przyjemnym, a na 5000 stóp i wyżéj, gdzie drzewo chinowe uprawiają, ciepłota średnia spada na 10° C. Granicy śnieżnéj jednak najwyższe nawet góry archipelagu nie dosięgają. W ogóle okolice górskie odznaczają się nierównie zdrowszym klimatem.

Ludność archipelagu należy, jak wiadomo, do rasy malajskiéj, o płci brunatnéj, czaszce prognatycznéj bądź brachycefalnéj, bądź dolichocefalnéj. We wschodnich częściach archipelagu znać już widoczną domieszkę mieszkańców Nowéj Gwinei (Papuasów mocno prognatycznych, czarnych, o włosach kędzierzawych) i mieszkańców wysp cichego oceanu. W zachodnich zaś stronach występuje często wpływ obcych naleciałości azyjatyckich, Hindusów, Syngalezów, Arabów i t. d. Mimo znacznych różnic, jakie zachodzą między licznemi szczepami, powiedzieć można, że ludność krajowa w ogóle używa przeważnie pokarmu roślinnego (zwykle ryżu, w niektórych okolicach saga i kukurudzy) z mocno drażniącemi dodatkami (różne gatunki *capsicum)*, że więcéj jest zdatną do lekkiéj a wytrwałéj pracy, niż do nagłych większych wysileń, że okazuje niezwykły, czasem zdumiewający popęd leczniczy w najcięższych nawet poranieniach, natomiast małą odporność w obec chorób gorączkowych. Rady lekarza europejskiego krajowcy z własnego popędu rzadko kiedy i to tylko w ciężkich przypadkach zasięgają, zwykle o pomoc udają się do t. z. „dukun,“ t. j. starych kobiet leczeniem się zajmujących, które leczą bądź różnemi ziołami krajowemi, bądź znaném w tych krajach i od dawien dawna praktykowaném miesieniem (po małajsku zwaném *pitjet)*.

Obok ludności krajowéj zasługują na uwagę Chińczycy po części dawniéj już, głównie jednak za rządów holenderskich w tych stronach osiedli, a których obecnie liczy się na całym obszarze archipelagu kilkakroć sto tysięcy. Są oni głównie kupcami, handlarzami, rzemieślnikami i robotnikami w fabrykach i kopalniach, uprawą roli prawie zupełnie się nie zajmują. Rasy mongolskiéj, cery blado żółtawéj po części z krajów odległych, znacznie zimniejszych przybyli, nadzwyczaj łatwo się aklimatyzują. Szczególnie o zdrowie swe troskliwi w chorobach, o ile możności rady lekarzy europejskich zasięgają.

Omijając niebardzo licznych Ormian perskich, Arabów, Hindusów, Syngalezów i inną napływową ludność azyjaty-

cką, zwracamy się do najważniejszéj dla lekarza w Indyjach warstwy ludności, t. j. do zamieszkałych tam i od dawna osiadłych lub świeżo przybyłych Europejczyków. Prócz wojska holendersko-indyjskiego, które w połowie, t. j. w ilości 15.000, składa się z Europejczyków, na całą ludność archipelagu w przybliżeniu 30 milijonów wynoszącą, liczą zaledwie 30.000 Europejczyków lub osób według tamtejszego terminu prawniczego „z Europejczykami równouprawnionych.“ Znaczną większość w téj najwyższéj warstwie socyjalnéj stanowią bądź ludzie czystéj krwi europejskiéj z rodziców europejskich, jednak już w Indyjach urodzeni, bądźtéż ludzie rasy mniéj lub więcéj mięszanéj europejsko-malajskiéj pochodzący w pierwszéj, drugiéj lub dalszéj już generacyi z małżeństw pomiędzy Europejczykami a kobietami krajowemi. Są oni przeważnie urzędnikami i oficyjalistami, dozorcami w fabrykach i plantacyjach kawy, tytoniu i t. d. Im więcéj ludzie tacy mają w sobie krwi krajowéj, tém bardziéj zbliżają się pod względem intelektualnym i fizycznym do krajowców [1]), są już dziedzicznie i z urodzenia aklimatyzowanymi. Mniejszość tak zwanych w Indyjach „Europejczyków“ stanowią rzeczywiście czystéj krwi Europejczycy w Europie urodzeni. Jest ich zaledwie kilka tysięcy, są właścicielami fabryk, dóbr i wielkich plantacyj, zajmują wyższe urzędy, są kupcami, nauczycielami, inżynijerami i t. d. Oni to, a zwłaszcza kobiety europejskie, zwykle długo walczyć muszą z nieprzyjaznym klimatem, dopóki się zupełnie nie zaaklimatyzują lub téż w walce nie ulegną. Zaburzenia ztąd wynikające stanowią najczęstszy i najważniejszy przedmiot usiłowań lekarzy w Indyjach osiadłych. Na te objawy i na niebezpieczeństwa Europejczykom w Indyjach grożące w dalszym ciągu główną zwrócimy uwagę.

Przejście do klimatu gorącego — objawy aklimatyzacyi — *anaemia tropica.* Opuszczając 1go września 1883 na okręcie wojennym „Bali“ port Nieuwe Diep w Holandyi, nie miałem jeszcze wyobrażenia o stosunkach, jakie mnie w Indyjach czekały, gdyż informacyje, jakie od osób tam bywałych zasięgnąłem, wręcz sobie były przeciwne; jedni przedstawiali mi Indyje jako prawdziwe piekło, drudzy jako istny raj ziemski, różnica zdań, jaką dopiero daleko późniéj pojąć i ocenić zdołałem. Zmuszony więc tymczasem na własném polegać doświadczeniu, z niecierpliwością czekałem nowych a nieznanych wrażeń. Podróż z początku nieco się przeciągnęła. Zaraz na wstępie silna pięciodniowa burza zmusiła nas szukać przytułku w porcie Dortmouth na południowém wybrzeżu Anglii. Przepędziwszy następnie dzień 14go września w Gibraltarze, minęliśmy 15go słupy herkulesowe i natrafili w morzu śródziemném na śliczną pogodę jesienną z ciepłotą około 20° C. Po pięciodniowym pobycie w Malcie, tym odłamku Afryki, który, jak napisy opiewają *amor Melittensium et vox Europae* oddały w opiekę Wielkiéj Brytanii, weszliśmy nagle 2go października już w obliczu Port Said w ciepłotę tropijną 28° C., która za przebyciem Kanału Suezkiego i wejściem w morze czerwone podskoczyła na 31° C. w cieniu, t. j. na najwyższy stopień, jaki przez cały czas mego pobytu w krajach międzyzwrotnikowych zauważyłem. Pierwsze wrażenie, jakiego się doznaje przy tak nagłém przejściu, wcale nie jest ani przykrém, ani zatrważającém. Gorące dnie tropijne nieinaczéj i niegorzéj dają się we znaki, niż gorące dnie lata w Europie; występują obfite poty i mocne pragnienie, zresztą nie uczuwa się początkowo ani zbytniego znużenia, ani innych przykrych następstw. Owszem, brak właśnie zapowiedzianych z góry i oczekiwanych niemiłych skutków klimatu sprawia pewien rodzaj euforyi, trwającéj u ludzi zdrowych tygodnie a nawet miesiące, a podtrzymywanéj jeszcze przez widok pysznych krajobrazów i przez wiele innych nowych a zajmujących umysł wrażeń. Jedynym zaraz z początku występującym objawem patologicznym aklimatyzacyi, a któremu nikt nie uchodzi, jest t. z. *lichen tropicus.* Jestto wysypka w skutek ciągłych a obfitych potów występująca na pokrytych częściach ciała głównie na piersi i ramionach w kształcie bądź pęcherzyków przeźroczystym lub białawym płynem wypełnionych, bądź licznych prosówkowatych, czerwonych, początkowo nieświerzbiących gruzełków. Silniéj występuje u osób o skórze białéj, delikatnéj, wrażliwéj, daléj u osób, które się niedość często zmywają lub kąpią, w skutek czego parujący ciągle pot pozostawia na ciele drobny drażniący skórę proszek, wreszcie okazuje się nieraz bardzo silnie przy używaniu grubszych wełnianych koszulek i z ich usunięciem znika. U osób, które przez cały czas swego pobytu w Indyjach silnie się pocą, *lichen tropicus* nigdy nie ustępuje. U innych, które się z czasem w téj mierze aklimatyzują, t. j. mniéj piją i mniéj się pocą, wysypka znika. Wraca zaś przy obfitszych potach. Tak to nieraz u nas bywało, skoro tylko okręt zawinął do większego portu, gdzie łatwość dostawania sztucznego lodu zachęcała nas do obfitszego użycia chłodzących napojów. Niekiedy *lichen tropicus* po dłuższém trwaniu przechodzi w świerżbiącą pryszczycę. Zresztą pod popularną nazwą „czerwonego psa“ *(roode hond)*, którą w Indyjach holenderskich wysypkęę tą oznaczają, obejmują nieraz wcale tu nie należące choroby skórne (jak n. p. *erythema caloricum*).

Po niejakim czasie pobytu w Indyjach okazują się dopiero pierwsze niemiłe skutki klimatu; początkowa euforyja ustępuje miejsca poczuciu znużenia i zmęczenia. Dwa czynniki na to się składają: wilgoć atmosfery i działanie prostopadłych promieni słońca. Chociaż bowiem zwykła ciepłota w cieniu nie przewyższa ciepłoty gorących dni w Europie, to jednak w skutek nierównie większéj wilgoci powietrza parowanie potu, które przy suchém powietrzu szybko się odbywa i ciało znacznie ochładza, tutaj nierównie wolniéj następuje. Ztąd wszelka praca fizyczna wywołuje obfite poty i staje się uciążliwą. To samo ma miejsce przy większym ruchu lub natężeniu fizyczném w słońcu. Prostopadłe bowiem promienie słońca tropijnego, nawet przy téj saméj cieplocie w cieniu, nierównie silniéj działają niż ukośne promienie słońca stref umiarkowanych. U wielu osób niezmuszonych przez swój zawód do pracy fizycznéj powstaje ztąd niechęć do wszelkiego ruchu i natężenia fizycznego w ogóle i nieznana w naszych stronach opieszałość. Bywają takie osoby, zwłaszcza kobiety, które cały dzień przepędzają jeśli nie w łóżku lub na kanapie, to w krzesłach i wygodnych karłach, a u których przechadzka o kilkaset kroków bywa już rzad-

[1]) Najciekawszy w téj mierze przykład, prawdziwe *unicum*, poznałem zwiedzając w listopadzie 1885 r. wysepkę Kissar do południowéj grupy archipelagu Molukków należącą. Tam w połowie zeszłego wieku była kompanija holendersko-indyjska, pozostawiła mały garnizon europejski nie troszcząc się daléj o jego losy. Potomkowie tych ludzi, z kobiet krajowych, dotąd tworzą osobną osadę pod własnym naczelnikiem, są z imienia chrześcijanami, noszą nazwiska familijne holenderskie i mają po większéj części bladą cerę, blond włosy i niebieskie oczy. Zresztą w niczém nie różnią się od krajowców, tym samym mówią językiem, te same mają zwyczaje i obyczaje (wielożeństwo), ten sam noszą ubiór rajski i t. d.

kiém, wyjątkowém wysileniem. W skutek tak zupełnego braku ruchu po niejakim czasie łaknienie widocznie się zmniejsza, a zwłaszcza co do pokarmów mięsnych powstaje niechęć a nawet wstręt. Ta utrata łaknienia w większym lub mniejszym stopniu jest ogólnym stałym objawem u wszystkich osób wskazany tryb życia prowadzących. Dołącza się do tego zwykle, zwłaszcza przy braku odpowiednich bodźców umysłowych i pracy umysłowéj, bezsenność, która w niektórych przypadkach tak silną i męczącą się staje, że sama przez się już pobyt w klimacie gorącym czyni niemożebnym. Otóż brak łaknienia i snu po krótszym lub dłuższym czasie niechybnie wywołuje ową niedokrewność, która jako w związku pozostająca z stosunkami klimatycznemi słusznie nazwaną bywa: *anaemia tropica*. Rzecz jasna, że i inne przyczyny, mianowicie nieżyty przewlekłe przewodu pokarmowego, częste napady zimnicy, nieżyty części rodnych u kobiet, dłuższy pobyt w szpitalach z jakiéjkolwiek przyczyny i t. d. sprowadzić lub przyspieszyć mogą stan niedokrewności idącéj zwykle na karb „niedokrewności tropijnéj;“ powyższy jednak, że tak się wyrażę, normalny sposób jéj rozwoju zdaje mi się być najczęstszym. Takiego rodzaju niedokrewność zauważamy zatém głównie u kobiet europejskich. Daléj u urzędników, kupców, nauczycieli, pisarzy i tp. Natomiast u osób przez zawód swój do niejakiéj pracy fizycznéj zmuszonych lub z własnéj woli takowéj się oddających, sprawa przywyknięcia do klimatu gorącego nierównie łatwiéj się odbywa i bez szkodliwych następstw. Tak się to dzieje u ludzi załogi okrętowéj zmuszonych do regularnéj kilkogodzinnéj pracy codziennéj bądź koło okrętu, bądź w kształcie ćwiczeń wojskowych. U takich ludzi o braku łaknienia lub snu nie ma mowy; przez cały czas méj praktyki okrętowéj nie przypominam sobie, żeby który z majtków, przypadki choroby wyjąwszy, na to mi się skarżył, owszem wyśmienity apetyt wzbudzał nieraz moją zazdrość, a zbyt silny sen był częstym powodem kar dyscyplinarnych na okręcie. Totéż opuszczając po trzech latach okręt, wielu tam ludzi pozostawiłem równie zdrowych i czerstwych jak w dzień wyjazdu z Europy. Podobnież kto się zetknął z Europejczykami w głębi kraju osiadłymi, z właścicielami dóbr i plantacyj, rządcami fabryk i warsztatów, inżynijerami i w ogóle z osobami zmuszonemi do ciągłéj czynności, do pobytu na wolném powietrzu, do nużącéj jazdy konnéj i t. d., tego nieraz zadziwi nadzwyczaj zdrowe i silne wejrzenie takich ludzi po kilkunasto- a nawet kilkudziesięcioletnim pobycie w Indyjach. Za przykład w téj mierze posłużyć mogą Anglicy. Onito w kolonijach swoich zwykle tylko czasowo bawiąc, zachować tu zwykli swojskie zwyczaje, mianowicie różnego rodzaju *sport*, jak polowanie, wyścigi konne i różne gry. Z niemałém zadziwieniem widziałem w angielskich osadach na półwyspie malajskim Penang i Singapore panie najlepszego towarzystwa bawiące się w samo południe na wolném powietrzu w *croquet* i *lawn tennis*, gry wymagające, jak wiadomo, wiele ruchu. Wejrzenie tych pań wyraźnie okazywało, o ile takie przezwyciężenie klimatu jest rozsądném i pożyteczném. Wprawdzie kto do pracy lub ćwiczeń fizycznych nie jest zniewolonym, musi mieć trochę silnéj woli, aby przezwyciężyć wstręt do nich, jaki go w klimacie wilgotnym a gorącym ogarnia. Kto jednak raz to uczynił i doznał ztąd błogich skutków, ten przy takim trybie życia zwykle już pozostaje i tém się przy zdrowiu utrzymuje. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Odczyty na VI Zjeździe internistów niemieckich.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

A. Fraenkel: **O własnościach chorobotwórczych prątków durowych.**

Różni autorowie znajdowali prątki jeszcze żyjące w wrzodach durowych zupełnie zabliźnionych. F. przytacza przypadek, w którym, w $4\frac{1}{2}$ miesiąca po durze, wytworzył się ropień w brzuchu. Nakłócie próbne wykazało liczne prątki durowe żyjące, przecięcie nie wykazało miejsca wyjścia choroby. Chory ten zmarł później z powodu skręcenia jelit. Doświadczenia świeżo przez prelegenta robione (wstrzykiwania hodowli prątków durowych do dwunastnicy) stanowczo przekonywają o łatwości przenoszenia prątków durowych na zwierzęta.

Unverricht: **O padaczce doświadczalnéj.**

Poprzednie doświadczenia, że drażnienie kory mózgowéj wywołuje napady do padaczki podobne, rozszerzyć należy o tyle, że utrzymanie istoty korowéj niezbędném jest, jeśli napady mają być zupełnemi. Jeśli zaś wyjmie się ośrodki ruchowe kory wówczas przy drażnieniu elektryczném tylnych części kory, powstają drgania mięśniowe nieznaczne téj saméj strony, a późniéj dopiero silniejsze strony drugiéj.

Vogel: **O patologii i terapii kokluszu.**

Chorobę tę należy stanowczo uważać za chorobę zakaźną, a to z powodu wybitnéj zakaźności i zabezpieczenia od powtórnego jéj przebywania. Kwestyja, czy mamy do czynienia z zakażeniem ogólném, czy téż z chorobą miejscową, dotychczas nie jest rozstrzygniętą. Niższego organizmu chorobę tę wywołującego nie wykazano. W symptomatologii zwraca V. uwagę na badania Herffa, który stwierdził, iż w przebiegu kokluszu istnieje lekki nieżyt od tylnych nozdrzy aż do rozdzielenia tchawicy w okolicy międzynalewkowéj najsilniejszy. W każdym napadzie kaszlu okazuje się na tylnéj ścianie krtani płatek śluzu i kaszel trwa aż do usunięcia tegoż. Wśród okresu kurczowego dotknięcie okolicy międzynalewkowéj wywołuje nadzwyczaj silny kaszel, innych zaś miejsc lekki. Badania te przez innych autorów zostały potwierdzone. Rokowanie w kokluszu wedle nowych zestawień Voita przedstawia się jak następuje: do pierwszego roku życia 25%, od 1—5 roku 4,8%, a powyżéj pięciu lat 1,1% śmiertelności. Środki lecznicze stosuje się odpowiednio do wieku, jakkolwiek każdy z używanych środków równie korzystne daje rezultaty. Morfin i opium zmniejszają kaszel, sprowadzają sen, beladona, chloral również narkotycznie działają. Kokainu nie należy często i długo używać. Wiele wagi przykładano do zniszczenia zarazka za pomocą odpowiednich środków. W pokoju chorego wytwarzano pary benzynowe i karbolowe. Z tychże samych powodów dawano antipyryn i chinin. Referent podaje małe dawki kalomelu, jak mu się zdaje z korzyścią. Dotychczas jednak sprawa tak stoi, „że koklusz trwa, dopóki nie zechce ustać“. Hagenbach, referent tego samego tematu, zastanawia się nad statystyką kokluszu podnosząc, o ile choroba ta zwiększa ogólną śmiertelność u dzieci. W Niemczech umiera rocznie 10.000—12.000 dzieci z powodu kokluszu, w Anglii na 500,000 przypadków śmierci jest 10,000 ofiar kokluszu. Zresztą w pracy swéj nie poruszył nowych punktów przez pierwszego referenta nieomawianych.

Prócz streszczonych odczytów miano jeszcze następujące:

Rindfleisch: **Anatomija patologiczna uwiądu rdzenia pacierzowego.**

Adamkiewicz: **Leczenie newralgii za pomocą kataforezy.**

Rossbach: **O fizyjologiczném znaczeniu ciałek białych z migdałków i gruczołów językowych pochodzących.** (Tkanina migdałków ma własności cukier tworzące, a własność ta przywiązaną jest szczególnie do ciałek białych).

Rossbach: **O chyiuryi.**

Litten: **O związku chorób żołądka ze zmianami położenia prawéj nerki.**

Finkler: **Spostrzeżenia nad durem brzusznym.** (Autor wykazuje możebność bezpośredniego przeniesienia duru z osoby na osobę).

Fleischer: **Dodatki doswiadczalne do patologii nerek.** (Praca ta odnosi się do badania przyczyny mocznicy).

Fränkel: **O ciągłém wdychiwaniu świeżego powietrza jako środku ochronnym i leczniczym w chorobach płuc.**

Mering: **O cukrzycy.**

Cahn: **Zachowanie się soku żołądkowego w raku żołądka.** (Prelegent wykazuje, że zboczenia rakiem odźwiernika wywołane są natury mechanicznéj, a rak nie wywołuje zmian w sekrecyi żołądka).

Franz: **Praca mięśniowa czy spoczynek właściwym jest w chorobach serca.** (Autor oświadcza się stanowczo, nawet w bardziéj posuniętych przypadkach, za pracą mięśniową).

Schultze: **Dodatek do rozpoznawania ostrego zapalenia opon mózgowych.**

Müller: **O resorbcyi pokarmów w niektórych chorobach.**

Dr. Halski.

Farmakologija.

Doc. Lenhartz (w Lipsku): **Przyczynki doświadczalne do nauki o ostrém zatruciu morfinowém i antagonizmu między morfinem a atropinem.**

Na zasadzie dotychczasowych opisów, odnoszących się do ostrego zatrucia morfinem i leczenia tegoż, nie mógł autor przekonać się, że jesteśmy uprawnieni lub obowiązani w ostrém zatruciu morfinem lub makowcem leczyć podskórnemi wstrzykiwaniami atropinu. Autor przytacza także trzy własne przypadki ostrego zatrucia morfinem:

Pierwszy przypadek. (Dawka morfinu niepodana). W głębokiéj śpiączce morfinowéj, podczas któréj respiracyja ustawała a szczękościsk i konwulsyje naprzemian następowały, wstrzyknięto choremu $1\frac{1}{2}$ miligrama atropinu na dwa razy. Ciężkie objawy intoksykacyi trwały jeszcze przez 12 godzin, nastąpiło tylko rozszerzenie źrenic.

Drugi chory otrzymał 0,03 morfinu podskórnie; nastąpiła silna śpiączka. Dwie godziny późniéj otrzymuje chory $2\frac{1}{4}$ miligrama atropinu podskórnie (na raz). Po dwóch godzinach rozszerzenie źrenicy; można było zaniechać sztucznéj respiracyi dotychczas ciągle utrzymywanéj. Nastąpiła jednak niekorzystna zmiana w tętnie, które uderzało wkrótce 180 do 200. Wśród śpiączki i konwulsyj nastąpiła śmierć.

Trzeci chory zatruł się 95 centigramami morfinu; po 5—6 godzinach znaleziony w śpiączce, przy sztucznéj respiracyi tętno stało się wyczuwalném i respiracyja naturalnie się odbywała. Chory otrzymuje 2 miligramy atropinu na dwa razy; atropin nie wywołał żadnych zmian; chory wyzdrowiał. Powrotu do zdrowia w 1szym i 3cim przypadku nie można przypisać działaniu atropinu, podczas gdy w drugim przypadku nie można wykluczyć szkodliwego działania zbiorowego. Różni autorowie różnie atropin stósować polecają. Podczas gdy Johnston najdoświadczeńszy praktyk w tym kierunku, przynajmniéj 3 a najczęściéj 6 centigramów atropinu stosować radzi, polecają inni autorowie dawki od $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ miligrama. Johnston poleca atropin w każdym ciężkim przypadku intoksykacyi, w którym obok śpiączki małe i szybkie tętno wykazać można, Binz natomiast w tych przypadkach nie zaleca atropinu lub téż radzi w stosowaniu tego środka wielką zachowywać ostrożność. Autor zwraca wreszcie uwagę na liczne i ciężkie zatrucia makowcem lub morfinem, które bez stosowania jakiegokolwiek przetworu wilczéj jagody nie zakończyły się śmiercią. Z tych téż przyczyn nie mógł nabrać przekonania, że stósowanie atropinu wpływa na przebieg ostrego zatrucia makowcowego lub morfinowego u ludzi. Robił doświadczenia na psach i badał zmiany, jakie morfin wywołuje w respiracyi, w mięśniach i w krążeniu i czy zmiany te atropinem usunąć można.

Na respiracyję znacznie zwolnioną skutkiem działania morfinu atropin nie działa; nie można również usunąć lub zmniejszyć kurczów i tężca przez podanie atropinu, jak to twierdzili Koning i Fröhlich. Przeciwnie doświadczenia utwierdziły autora w przekonaniu, że napady tężcowe po zastósowaniu atropinu silniéj występowały. Potwierdzając wyniki badań Binza i Heubacha, którzy wykazali, że u psów zatrutych morfinem znaczne obniżenie ciśnienia krwi, jakotéż i znaczne zmniejszenie się częstości tętna usunąć można atropinem, twierdzi autor, że wyniki te nie uprawniają do zastosowania leczniczego atropinu przeciw morfinowi, albowiem niebezpieczeństwo dla życia nie leży ani w obniżeniu ciśnienia krwi, ani w zmniejszeniu się częstości tętna, lecz w kurczach, a mianowicie w powtarzającym się tężcu, skutkiem którego oddychanie staje się utrudnioném, a względnie niemożebném. W bardzo znaczném podniesieniu częstości tętna skutkiem podania atropinu widzi autor raczéj niebezpieczeństwo, aniżeli korzystny objaw dla życia. Na zasadzie tych badań sprzeciwia się stanowczo stósowaniu atropinu w zatruciach morfinem. (*D. Archiv f. klin. Med.*) *Dr. Łazarski*

Reynold (Filadelfija): **Jodek bizmutailowy, nowy środek przeciw owrzodzeniom.**

Połączenie to otrzymuje się z jodku potasowego i azotanu bizmutowego za pomocą kw. solnego, przedstawia się jako proszek bezpostaciowy barwy czerwonéj, nierozpuszczalny w wodzie, wyskoku i eterze, ciężaru gatunkowego 6,7. W jednym gramie tego wytworu znajduje się 0·36 jodu. Autor badając skuteczność jodoformu i azotanu bizmutowego w różnych owrzodzeniach, stosował także jodek bizmutailu. Dosyć obszerne wywody autora można streścić w następujących zdaniach: 1) Jodek bizmutailu zmniejsza stan zapalny; 2) pod jego wpływem łatwo wytwarza się nowa tkanka, 3) jest aseptycznym, 4) przeszkadza tworzeniu się ropy, 5) zmniejsza drażliwość ran i 6) można go na każdą ranę stósować.

Na różne wrzody na odnogach dolnych stosował autor połączenie to i otrzymał zawsze w krótkim czasie świetne rezultaty nawet w tych przypadkach, w których przez kilka miesięcy pod wpływem innych środków zagojenie nie nastąpiło. Autor radzi oczyszczać rany octanem glinowym, następnie posypać je jodkiem bizmutailowym, przyłożyć watę i opatrunek taki odnawia się dopiero po kilku dniach. Także i w rzeżączce poleca autor ten środek:

Rp.	*Bismuthi subjodid.*	1,2
	Glycerini	40,0
	Aquae destill.	60,0

lub też w postaci *bougies.*

Możnaby połączenie to zastosować przy wrzodach żołądka i odbytnicy jako też i w durze brzusznym:

Rp. *Bismuthi subjodid.* 0,3
Glycerini 15,0
Aquae dest. 100,0

(*Deutsche med. Wochensch.*). *Dr. Łazarski.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Nieraz zdarza się widzieć Persów popisujących się niezwykłą zręcznością i siłą w wykonywaniu pewnych ruchów, do jakich mogą doprowadzić stosowne ćwiczenia gimnastyczne. Zwiedzając teraz Persyję miałem często sposobność przekonania się, że ćwiczenia gimnastyczne są dla tutejszych mieszkańców, jeżeli nie nałogiem to niezaprzeczenie jednym ze zwyczajów wykonywanych przez znaczną liczbę osób i uważanych za jeden ze środków, służących do rozwoju i wzmocnienia systemu mięśniowego. Miałoby to miejsce w rzeczy samej, gdyby tylko, tak jak we wszystkiém, tak i w téj okoliczności rozsądne pojęcie korzyści nie było w najzupełniejszém przeciwieństwie z samym rodzajem wykonywania tych ćwiczeń. Wyobraźmy sobie bowiem podłużną pieczarę, rodzaj wilgotnego sklepu wykopanego w ziemi na trzy metry głębokości, z trzech stron otoczonego murem lub płotem, nakrytego rogóżkami a częściéj jeszcze wojłokiem, z niedostatecznym zasobem powietrza, dołem wysypanym na pół wilgotnym piaskiem lub wiórami i wszelkiego rodzaju zgniłém naczęściéj śmieciem, a będziemy mieć najprawdziwszy obrazek tutejszych tak zwanych *zor hane* czyli zakładów gimnastycznych. W takich przestrzeniach, już z powodu braku światła, stopnia ciepłoty i zbyt zgęszczonego powietrza nieodpowiednich, zwykło się zbierać w rannych godzinach kilku kandydatów, którzy pod kierunkiem jednego z doświadczeńszych pozbywszy się koszuli wtajemniczają się w ćwiczenia, mające im dać siłę ustrojową, której im nie dostaje. Sam rodzaj i porządek tych ćwiczeń jest następujący. Wyrabianie układu mięśniowego ramion i przedramion, skoki boczne z jednéj nogi na drugą, unoszenie ciężaru ciała na rękach, wyrabianie mięśni klatki piersiowéj, szyi i grzbietu; unoszenie się w położeniu pochyłém na piętach opartych o podstawę drewnianą; skoki z wyrabianiem mięśni udowych, przysiadanie ku ziemi przy utrzymaniu odnóg dolnych w pewnéj oddali, wreszcie unoszenie ciężarów siłą klatki piersiowéj. Nadto nic więcéj. Z wyjątkiem ćwiczeń górnemi odnogami wszystkie inne odbywają się bez żadnych pomocniczych przyrządów. Do wyrabiania mięśni ramieniowych używają zwykle tak zwanych *myll.* Są to 60 centymetrów wysokie walce wyciosane z twardego, zwykle dębowego drzewa z odpowiednią rękojeścią i z podstawą niekiedy nalaną ołowiem, w celu nadania im większego ciężaru. Ujęte za rękojeść całą dłonią służą do wykonywania najrozmaitszych ruchów unoszenia odnogami i wykonywania ruchów młynkowych ponad głową, naprzód, w tył i wzajemnego krzyżowania się ze stałe bocznym kierunkiem lub znowu wprowadzenia odnóg w ruch wahadła z unoszeniem ciężaru ku ramionom lub dotykania powierzchni grzbietu. Wszystkie te ruchy powinny być wykonane bez przerwy, wypoczynku i jednym ciągiem, bo wtedy tylko mają sprowadzić oczekiwaną korzyść. A jeżeli dodamy, że ćwiczenia powinny się odbywać chodząc po miękkiéj przestrzeni, będzie to dostatecznem do zrozumienia jak one są uciążliwe i nużące.

Innem znowu ćwiczeniem jest unoszenie siłą klatki piersiowéj stopniowo powiększanych ciężarów. Ustrój oparty na odnogach górnych i dolnych nad odpowiednio przygotowaną deską, z obnażoną klatką piersiową, obciąża się kamieniami, łańcuchami lub żelaznemi płytami. Gimnastyk powinien najprzód utrzymać ciężar w wysokości klatki piersiowéj. Stosownie do ciężaru podoławszy mu, stara się go unieść do pewnéj wysokości, posługując się w tém chwilowo powstrzymaniem oddechu i odpowiedniém wygięciem stosu pacierzowego. Daléj, gdy siły wystarczają, robi różne poruszenia klatką piersiową w celu zsunięcia ciężaru na jednę lub drugą stronę, bardziéj wprawni wreszcie, po zrobieniu kilku podobnych ruchów, przy zachowaniu całéj równowagi starają się pozbyć ciężaru zrzucając go na bok. I jeżeli im się to uda, gdy unikną bardzo łatwego stłuczenia lub nawet zgniecenia, ćwiczenie uważa się za skończone, gimnastyk całym ciężarem ciała spocząwszy na ziemi, bywa nacierany odwarem z czerwonego pieprzu pomięszanego z pewną ilością soku z granatów. Potém udaje się do łaźni, tam wypoczywa, przez pewien czas obmywa się wodą i wreszcie jako nagrodę za sprawione sobie znużenie wypala parę *nargileh* i wraca do zwykłéj niejako równowagi. Ćwiczenia tego rodzaju są uzupełnieniem i uwieńczeniem tutejszéj nauki gimnastyki, o ile zaś one są dalekie od celu, osądzić można po jednorazowém przypatrzeniu się ich wykonaniu. Oddający się im, w istocie po upływie pewnego okresu czasu przedstawiają układ mięśniowy rozwinięty do zdumiewającego stopnia. Lecz o tyle, o ile takowy nabiera klasycznéj, że tak powiem, postaci, o tyle znowu indywiduum czuje się osłabionem i skłonnem do nadzwyczaj łatwego znużenia. Co więcéj, bardzo tylko mała ilość ćwiczących się w perskiéj gimnastyce, zdolną jest podołać takiemu np. obciążaniu klatki piersiowéj żelaznemi płytami. Często po kilkorazowéj próbie zmuszeni są zaniechać skłonności i pewnéj pasyi do posiadania wydatnych mięśni piersiowych, bo zwykle następujące rozszerzenie pęcherzyków płucnych, odma, napady dychawicy, nieraz wodna opuchlina osierdzia, a w najcięższych przypadkach nieżyty, zapalenia i krwotoki z narządu oddychania bywają nieuniknionem następstwem zbytecznych tych wysileń. Jednym z najbardziéj ciekawych objawów chorobowych, jaki miałem sposobność zauważyć w czasie mojéj wycieczki po perskim Lurystanie, było pęknięcie przepony u jednego z najbardziéj renomowanych w Persyi akrobatów Hussein-Khuli-Khana. Z natury obdarzony silną budową ustroju, odważny, krwiożerczy, lecz i wyniszczony jako nałogowy pederasta i wielki amator gorzałki, obywatel ten, usłuchawszy rady jednego z wpływowych duchownych, postanowił odzyskać siły odbyciem szeregu ćwiczeń gimnastycznych. W tym celu sprowadził sobie mistrza aż z Khorosanu, a nie będąc już w wieku pozwalającym na rozpoczęcie ćwiczeń skokowych, od razu wziął się do wyrabiania mięśni klatki piersiowéj przez nakładanie na nią ciężarów. Szło to czas jakiś znośnie. Khan czuć się miał nawet rzeźwiejszym i z całym zapałem oddał się wyrabianiu dość już zwiędłych swych mięśni, znajdując jeszcze i tę rozrywkę, że po każdéj lekcyi grono zdrowych i pięknych Kurdek było zmuszone miesić go jak *halwe* na *bajram,* przyczyniając się tem jeszcze do nadania układowi mięśniowemu większéj elastyczności i siły. Nagle w czasie trwania jednego takiego ćwiczenia przekonany, że podoła większemu niż zwykle ciężarowi, Khan każe się nim obłożyć, pracuje z wysileniem, lecz po krótkiéj chwili blednie, omdlewa, pada pod zbytecznym ciężarem i w kilka godzin kończy życie. Nadworny lekarz

Khana, jakiś poważny hiszpańsko-perski semita, przypisuje śmierć pęknięciu wiotkiéj przepony. Rozpoznanie potwierdzamy i mistrz gimnastyki obciążony już żelazną obrożą i skazany na pewne roźćwiertowanie, znajduje sposobność do usunięcia się z widowni zdumionego dworu. Nie wątpić, że przykłady podobne spotykać można dość często, przechodzą one jednak niepostrzeżenie, bo przyczyna ich leży w zwyczaju nieznającym żadnych niebezpieczeństw.

VII.

Dość drobiazgowe rozpatrzenie zwyczajów perskich przekonywa nas, że wpływ ich na ogólny stan zdrowia mieszkańców jest przeważnie fatalnym. Nie zmniejsza to jednak ich tradycyjnego znaczenia, lecz przeciwnie, utrzymując wszystkich w przekonaniu koniecznego ich obserwowania, wytwarza jeszcze inną ich odnogę, nie już zwyczajów nacechowanych piętnem nałogów, a tylko czynności przedstawiających dla każdéj jednostki pewien materyjalny interes i z tego powodu utrzymywanych z całą ścisłością bez względu na to, czy indywidualne zdrowie będzie narażone na szwank, lub czy nawet całe masy ludności nie odczują szkodliwego ich wpływu. Dla przekonania się o doniosłości téj higijenicznéj kwestyi mam zamiar opowiedzieć i uwydatnić niektóre z perskich rzemiosł i wykazać wpływ, jaki wywierają na osoby im się oddające, jaki wywierają na tych, którzy z potrzeby lub przypadkowo zetknęli się z tutejszym rzemieślnikiem.

Wiadomo, że pośród ludów dalekiego wschodu mieszkańcy Persyi cieszą się opiniją jako dobrzy i pracowici rzemieślnicy. W istocie sądząc z daleka i po okazach wyrobów ztąd pochodzących, wypada przyznać, że opinija ta ma swą słuszną podstawę. Bo każdy Pers jest naprawdę swego rodzaju rzemieślnikiem. I do jakiéjkolwiek warstwy swego społeczeństwa należy, każdy z nich lubi się oddawać czynnościom rękodzielniczym i stosownie do okoliczności i środków, jakiemi rozporządza, stara się uprawiać, ulepszać, konkurując raz z sąsiadem tylko, a niekiedy z miastem lub całą okolicą nawet, tak że sądząc po tém przywiązaniu do rzemiosła, wypadałoby przypuszczać, że robotnik czy rękodzielnik tutejszy uwzględnia pewne warunki, stara się o polepszenie okoliczności sprzyjających rozwojowi rzemiosła przez zachowanie i powiększenie potrzebnych sił ustrojowych, przy całéj dążności utrzymania własnego zdrowia w znośnym przynajmniéj stanie. W praktyce jednak ważna ta kwestyja przedstawia się zupełnie inaczéj. Rzemieślnicy tutejsi nie stanowiąc właściwych korporacyj cechowych, pracując samodzielnie, są pozbawieni wszelkiéj opieki, niczyjéj nie zwracają na się uwagi, żyjąc i pracując w najgorszych warunkach higijenicznych. Łatwe zaopatrzenie się w materyjał, a przedewszystkiém cel zysku, pozwala im zapominać o potrzebie i korzyści dla zdrowia, jaka wypływa z odpowiedniego urządzenia zakładów, tutaj roboczych bud tylko, lub wązkich przestrzeni pozbawionych powietrza i światła w ilości niezbędnéj dla płuc i oczu, gdzie obok majstra i czeladzi, tuli się jeszcze cała rodzina pierwszego bez różnicy płci i wieku. Że zaś zysk bez względu na jego wielkość jest jedyną podstawą wszelkich usiłowań przy życiu wśród najwstrętniejszych nawet warunków, więc też droga, gdzie się przedstawia największa jego łatwość, wpaja się niejako w indywidualny byt mieszkańców i stając się zwyczajem jest jednocześnie i rzemiosłem praktyczniejszém tylko od innych.

Na czele takichto swojskich i tylko mieszkańcom Persyi właściwych zajęć stoi najprzód zbieranie po całym kraju zwłok prawowiernych obywatcli, następnie przechowywanie ich w ciągu pewnego okresu czasu; daléj pakowanie całych trupów, pewnych ich części lub tylko samych kości, i wreszcie przewożenie do arabistańskiego Iraku, aby je złożyć w samej Kerbeli, Nedżefie, lub téż tylko w blizkiéj im okolicy zroszonéj krwią szeickich męczenników. Dla spełnienia zaś tego święcie obserwowanego zwyczaju potrzebnymi są trzy rodzaje robotników: zbierający trupy, przechowujący je i pakujący i wreszcie przewożący najprzód do jednego ze środkowych punktów kraju, a w końcu i po za granicę. Że zaś każda z tych czynności przedstawia pewne niebezpieczeństwo dla zdrowia osób oddających się takowéj, więc rozpatrzenie się w szczegółach będzie najodpowiedniejszém do zamknięcia w stosowne ramki tego oryginalnego obrazku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Listy z Paryża.

I.

Jakkolwiek już w pierwszych dniach mego pobytu tutaj powziąłem myśl podania choćby tylko ogólnego opisu wydziału lekarskiego i szpitali, to przecież nie mogłem tego uczynić wcześniéj z powodu obawy, aby dla zbytniego pośpiechu nie przedstawić rzeczy dorywczo lub co gorsza w fałszywém świetle. Łatwo zresztą pojąć, że przybywszy tu dla kształcenia się w kierunku ściśle wytyczonym, nie chciałem zbytnio rozrywać sobie czasu zwiedzaniem klinik i zakładów naukowych, rozrzuconych wśród tego olbrzymiego miasta i że dla zadosyćuczynienia powziętemu zamiarowi musiałem ograniczyć się do korzystania z chwil wolnych.

Każdy niemal zwiedzający tutejsze szpitale i pracownie naukowo-lekarskie przyznać musi zapewne, że dewiza Rzeczypospolitéj francuskiéj: *Liberté-Égalite-Fraternité*" ujawnia się w świecie lekarskim w najpiękniejszéj formie. Wstęp zawsze wolny nie tylko do klinik i szpitali, ale i do wszystkich pracowni, serdeczne stosunki koleżeńskie, usłużność nader uprzejma i bezinteresowna, oto główne cechy tutejszych stosunków uniwersyteckich i szpitalnych, licujących najpiękniéj z hasłem całego narodu. Toteż napływ lekarzy różnych narodowości, rożnego wieku, chcących się kształcić w różnym kierunku, jest iście olbrzymi.

Najodpowiedniéj będzie, o ile mi się zdaje, rozpocząć rzecz od opisu rozkładu studyjów i egzaminów lekarskich.

Aby można się wpisać na uniwersytet jako uczeń zwyczajny, trzeba mieć dyplom „bakałarza" *(bachelier ès lettres et ès sciences restreintes)*, którytо dyplom otrzymuje się po złożeniu egzaminu z zakresu nauk gimnazyjalnych w obec komisyi egzaminacyjnéj z wydziału filozoficznego i nauk przyrodniczych w Sorbonnie. Czas studyjów lekarskich wynosi lat c z t e r y. W ciągu każdego roku szkolnego odbywają się cztery wpisy na nowe wykłady, a mianowicie co 2 lub 3 miesiące, dla otrzymania więc absolutoryjum musi uczeń wykazać się 16oma wpisami. Nauka rozpada się na część teoretyczną i praktyczną. W pierwszym roku słucha uczeń wykładów: zoologii, botaniki, fizyki i chemii (wykładów mineralogii nie ma); w drugim roku: anatomii, histologii i fizyjologii. W trzecim roku studyjów obowiązanym jest uczeń oprócz słuchania wykładów dowolnie sobie obranych zapisać się do służby lekarskiéj szpitalnéj. Liczbę wpisanych uczniów rozdziela Wydział pomiędzy wszystkie szpitale paryskie. Uczeń winien regularnie codziennie rano uczęszczać do przeznaczonego sobie szpitala (co bywa ściśle przestrzeganém przy pomocy katalogu), gdzie kształci się pod okiem pryma-

ryjusza i lekarzy asystentów. Po każdych 3ch miesiącach służy uczniowi wolność zmienienia swéj służby i uczęszczania do innego szpitala. Praca w laboratoryjach rozłożoną jest w sposób następujący: w pierwszym roku pracuje uczeń w laboratoryjum chemii, fizyki i zoologii, w drugim roku w prosektoryjum anatomiczném i w pracowni histologicznéj, w trzecim roku ponownie w prosektoryjum anatomiczném i w pracowni fizyjologicznéj, a w czwartym roku w laboratoryjum anatomo-patologiczném i ćwiczy się w operacyjach chirurgicznych na trupie. Czesnego od poszczególnych wykładów ściśle biorąc nie ma; natomiast płaci się przy każdym wpisie kwartalnym pewną taksę, którą w tym roku znacznie podwyższono w celu przysporzenia nowego dochodu budżetowi państwa. Nowe to rozporządzenie wywołało silną manifestacyję ze strony studentów, skutkiem czego najprawdopodobniéj przywróconą zostanie dawna taksa. Egzaminy odbywają się w odmiennym porządku jak u nas. Pierwszy egzamin obowiązanym jest uczeń zdać w ciągu 4go i 5go kwartału, to jest z końcem pierwszego lub początkiem drugiego roku. Zakres egzaminu obejmuje zoologiję, botanikę, fizykę i chemiję. Drugi egzamin jak niemniéj następne trzy dzielą się na dwie odrębne części. Pierwszą część drugiego egzaminu winien uczeń złożyć z końcem trzeciego roku. Przy egzaminie tym uczeń ma zrobić preparat anatomiczny w ciągu czterech godzin i na trupie wyszukać przez egzaminatora wskazany nerw, tętnicę, żyłę, ścięgno i t. p., a powtóre ma odpowiedzieć na pytania z anatomii i histologii, jak niemniéj rozpoznać preparat mikroskopowy. Druga część drugiego egzaminu składa się w pierwszéj połowie 4go roku, a mianowicie z fizyjologii. Naturalnie, że w razie nieuczynienia zadosyć wymaganiom egzaminów wspomnianych uczeń nie może zapisać się na rok następny. W obec tego zostaje uczeń przez całe czterolecie pod ciągłą presyją egzaminów z jednéj strony i pod ustawiczną kontrolą prymaryjuszów, a względnie profesorów i asystentów, z drugiéj strony. Dopiero po skończeniu czwartego roku rozrządzać może uczeń do woli terminem zdawania dalszych egzaminów. Trzeci egzamin obejmuje w pierwszéj swéj części: operacyje na trupie i egzamin ustny z patologii zewnętrznéj i akuszeryi, a w drugiéj swéj części: patologiję wewnętrzną i patologiję ogólną. Czwarty egzamin składa się z higijeny, medycyny sądowéj, terapii i farmakologii, przyczém kandydat musi napisać kilka recept wskazanych i protokół wraz z orzeczeniem sądowo-lekarskiém. Piąty egzamin odbywa się przy łóżku chorego i to w pierwszéj części z patologii zewnętrznéj i akuszeryi, a w drugiéj części z patologii wewnętrznéj; nadto kandydat robi sekcyję. Złożenie tych egzaminów jeszcze nie uprawnia do wolnego wykonywania praktyki lekarskiéj i nie nadaje żadnego tytułu, któryby można porównać z niemieckim *practischer Arzt*. Dopiero po ogłoszeniu drukiem rozprawy doktorskiéj (*Thèse pour le doctorat en medecine*) i obronieniu tejże w obec wyznaczonéj komisyi egzaminacyjnéj otrzymuje kandydat dyplom doktora medycyny, wydawany przez ministra.

Pilniejsi uczniowie tak wyższych lat medycyny jakoteż po skończeniu czwartego roku studyjów mają doskonałą sposobność kształcenia się w szpitalach w charakterze tak zwanych „eksternów i internów“ (*externes et internes des hôpitaux*). Tytuł eksterna otrzymać mogą studenci, którzy zdali bardzo dobrze egzamin ustny z anatomii i patologii. Obowiązkiem ich jest przyjść znacznie wcześniéj przed wizytą do sali chorych, badać chorych im przydzielonych i złożyć z tego sprawozdanie lekarzowi, a w oddziale chirurgicznym obowiązani są do opatrywania chorych. Kandydaci ubiegający się o opróżnioną posadę interna muszą poddać się egzaminowi, który składa się z egzaminu pisemnego z anatomii i patologii i z odpowiedzi ustnych na pytania z anatomii, fizyjologii i patologii. Egzaminy te są względnie dość trudne, odbywają się w obec licznie zgromadzonéj młodzieży i budzą żywe zajęcie z powodu znacznéj liczby konkurentów. Czynność internów polega na odbywaniu codziennie wizyty wieczornéj w salach im przeznaczonych i udzielaniu pomocy lekarskiéj w nagłéj potrzebie. Nadto miewają oni w każdym szpitalu kolejno dyżury 24-godzinne. Tytuł interna ma w przyszłéj karyjerze lekarza ważne znaczenie, a lekarze zajmujący już zaszczytne nawet stanowiska powołują się nieraz z dumą na piastowanie urzędu interna.

Lekarze mający przynajmniéj 5 lat praktyki mogą się ubiegać o posadę lekarza bióra centralnego w razie ogłoszenia konkursu na opróżnioną posadę. O posadę tę może także ubiegać się lekarz młodszy, który był przez 5 lat interne (z tych kilka lat oczywiście jeszcze jako student) i który otrzymał złoty medal na dorocznym konkursie. W celu otrzymania wspomnianéj posady kandydaci opracować muszą pisemnie pewien temat i mieć wykład kliniczny przy łóżku chorego. Znaczna liczba kandydatów, ich zdolność i walka o palmę zwycięztwa sprawiają, że konkursy te są nadzwyczaj żywe i przedstawiają dla słuchaczy bardzo zajmujące lekcyje. Lekarze biura centralnego są obowiązani kolejno do odbywania konsultacyi publicznéj w szpitalach i miewają dyżury, aby w razie, gdyby intern nie był w stanie podołać swemu zadaniu dyżurnego mogli przyjść w pomoc chorym. Lekarze biura centralnego awansują w miarę opróżnionych posad na lekarzy ordynujących i to najprzód w szpitalach położonych na krańcach miasta. Do szpitali tych mimo ich odległego położenia uczęszczają studenci bardzo licznie, gdyż niektórzy z lekarzy ordynujących, którzy po większéj części są już w charakterze docentów, zajmują się bardzo gorąco kształceniem młodzieży. Późniéj lekarze ci otrzymują posady w jednym z czterech głównych szpitali: Hôtel-Dieu, Pitié, Charité lub Necker, w których zarazem mieszczą się różne kliniki. *Dr. Prus.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. H. Kraunhals: **Przyczynek do kazuistyki i ajtyjologii choroby szmaciarskiéj.**

Chorobę szmaciarzy, jakkolwiek bardzo rzadko, spostrzegano dopiero w początkach ósmego dziesiątka bieżącego wieku pomiędzy robotnikami zajętymi w papierniach oczyszczaniem szmat, rozdzieraniem ich i tp. Uważano pył bardzo obficie wydobywający się przy tém za przyczynę chorób, jak: nieżytu spojówek, nosa, połyku, gardziela i żołądka, *asthma pulverulentum, asthma sanguineum* i t. d. Najgroźniejsze ze wszystkich cierpień wydzielono później pod nazwą choroby szmaciarzy, choroby ostréj zakaźnéj. Jako przyczynę téj choroby uważano zrazu bardzo liczne prątki podobnie jak w wągliku. Autor badał zwłoki czterech osób zmarłych skutkiem zarażenia się od szmat w papierni, wstrzykiwał królikom ciecze z tychże zwłok pochodzące, mianowicie wypocinę opłucnową i hodował kultury grzybków tak ze zwłok ludzkich jak i króliczych. Pod względem anatomo-patologicznym przedstawiały zwłoki ludzkie takie zmiany jak zwierzęta, którym zastrzykiwał prątki złośliwego obrzęku. Podczas gdy u królika po

zaszczepieniu pod skórę jad szerzy się najprzód w przestworach tkanki podskórnej, u człowieka jad szerzy się w tkance śródpiersiowej i przestworach limfatycznych błony płucnej. Rozprowadzenie jadu przez krążenie musi się odbywać bardzo słabo. Z tego powodu uważa Dr. K. prątek złośliwego obrzęku za właściwy zarazek choroby, o której mowa. (*Zeitschrift f. Hygiene, Band II, Heft* 2). *Dr. Buszek.*

○ Publiczna ochrona od kiły. W roku zeszłym toczyły się długie rozprawy w Akademii lekarskiej o ubytku ludności we Francyi, a wśród nich wielokrotnie zwracano uwagę na zastraszającą śmiertelność dzieci w skutek kiły dziedzicznej i na niedostateczność obowiązujących zarządzeń administracyjnych przeciw szerzeniu się kiły. Akademija do zbadania sprawy w tym kierunku wyznaczyła komisyję, w skład której weszli Ricord, Fournier, Leon Le Fort, Bergeron, Colin, Le Roy de Mericourt. Komisyja ta wygotowała już sprawozdania i przedłożyła go za pośrednictwem swego sprawozdawcy Fourniera na ostatniém posiedzeniu Akademii. Sprawozdanie to i dyskusyja nad niém mają posłużyć za podstawę do rezolucyi i wniosku do ustawy, które mają być przedstawione odpowiedniej władzy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z dławca i błonicy umarło 0 (3 z. t.); z duru brzusznego 4 (3 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z grużlicy 14 (8 z. t.); z zapalenia płuc 12 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 3 krztuśca, 2 duru osutkowego (z Podgórza i ze Szlaku). W tygodniu od 22—28 maja umarło z ospy: w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Budapeszcie 4, w Pradze 5, w Tryjeście 7, w Rzymie 8, w Paryżu 13, w Warszawie 14. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 16, w Petersburgu 13. Z odry umarło w Kołomyi 4, w Wiedniu 40, w Mnichowie 51, w Rzymie 18, w Paryżu 41, w Londynie 112, w Stokholmie 19, w Petersburgu 18. Z płonicy umarło w Kołomyi 2, w Londynie 22, w Wiedniu 4. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Kołomyi 2, w Przemyślu 1, w Wiedniu 9, w Berlinie 24, we Wrocławiu 13, w Paryżu 43, w Londynie 27, w Petersburgu 10. Z krztuśca umarło w Paryżu 11, w Londynie 73, w Kopenhadze 8, Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,2; we Lwowie 34,8; w Brodach 22,9; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 60,1; w Przemyślu 18,5; w Stanisławowie 20,5; w Tarnopolu 23,5; w Tarnowie 23,5; w Czerniowcach 34,0; w Warszawie 22,3; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 30,6; w Salcburgu 32,9; w Gracu 26,8; w Tryjeście 28,4; w Insbruku 48,2; w Pradze 39,6; w Berlinie 19,8; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 22,3; w Dreźnie 18,2; w Hamburgu 22,7; w Kolonii 25,9; w Lipsku 21,7; w Mnichowie 37,8; w Strasburgu 20,9; w Amsterdamie 23,3; w Brukseli 24,0; w Budapeszcie 31,2; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 26,2; w Londynie 19,0; w Odesie 22,8; w Paryżu 25,7; w Petersburgu 30,3; w Rzymie 28,2; w Stokholmie 23,5; w Wenecyi 25,8.
J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. Przedwczoraj odbył się w auli nowego gmachu uniwersyteckiego piękny i uroczysty akt wręczenia dyplomu doktora filozofii *honoris causa* J. C. i K. Wysokości Arcyksięciu Następcy tronu. Arcyksiąże przyjmując z rąk dziekana Wydziału filozof. prof. Wróblewskiego dyplom, na świetną przemowę rektora hr. Tarnowskiego odpowiedział dziękując za zaszczyt, udzielony mu przez prastary Uniwersytet jagielloński i życząc wszechnicy, aby przez długie wieki prosperowała. Obecnymi byli prócz Arcyksięcia i dostojnej Jego Małżonki Namiestnik Galicyi i inni dygnitarze, wszyscy profesorowie w togach i wielka liczba uczniów. Następnie Arcyksięstwo udali się do Biblijoteki jagiellońskiej, gdzie zapisali się do księgi pamiątkowej.

* Dzieła zbiorowego *Biographisches Lexicon* otrzymaliśmy zeszyty 49 i 50, zamykające tom V oraz zeszyty 51 i 52 rozpoczynające tom VI i ostatni, a kończące się na nazwisku Voigtel. W zeszytach tych spotykamy się z biografijami następujących lekarzy i przyrodników polskich: Szymanowski, Syreński, Syrski, Szastrowie, Szczucki, Szeparowicz, Szerlecki, Szokalski, Talko, Teichmann, Tomicki, Tomowicz, Tripplin, Trzciński, Tyrchowski, Ursinus, Marcin z Urzędowa, Vitellio.

* Docent Jaworski wyjechał do Karlsbadu, gdzie przez sezon kąpielowy praktykować będzie.

* W Krynicy było dotąd gości 255, w Cieplicach czeskich 2667.

* **Wiesbaden.** Prof. Langenbeck przebył szczęśliwie operacyję zaćmy na oku drugiém.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem na rok przyszły wybrany prof. Kundrat. Prof. Bandl otrzymał ponownie *veniam legendi* w Uniw. wiedeńskim. — **Insbruk.** Docent wiedeński Dr. Emil Ehrendorfer mianowany został zwyczajnym profesorem położnictwa i chorób kobiecych. — **Kazań.** Prof. chirurgii Bogoljubow zrzekł się katedry z powodu choroby, a miejsce jego ma zająć docent prywatny Dr. Razumowski. — **Wiedeń.** Rektorem uniwersytetu na rok przyszły wybrany jednomyślnie prof. farmakologii Vogel.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w armii czynnej Drowie Ludwik Ziembicki i Władysław Grabowicz.

Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Walery Pawlas z Mokrzyszowa i Adam Strumieński z Zabłociec w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Gorlicach umarł Dr. Karol Bielczyk po długiej, ciężkiej chorobie. Cierpiał on obłęd prześladowczy i w napadzie otruł się sublimatem. Zostawia 5ro dzieci bez majątku. Dr. Wroński z Gorlic, donosząc nam o jego zgonie, oddaje mu świadectwo, że był człowiekiem zacnym, obywatelem prawym, dobroczyńcą biednych i chorych, kolegą dobrym. Znaliśmy go osobiście i możemy w zupełności potwierdzić te pochwały; ze swej strony dodajemy, że mimo kłopotów materyjalnych, od których nigdy nie był wolny, postępował z nauką a z doświadczeń swych zdawał sprawę w piśmie naszém. Cześć pamięci zacnego kolegi!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 26: Trzebickiego: Dodatkowy przyczynek do wyjęcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli; Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (c. d.); Strzemińskiego: Sprawozdanie z działalności szpitala oftalmicznego wileńskiego. — W *Medycynie* Nr. 26: Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.). — W *Kronice Lekarskiej* Nr. 6: Wassercuga: Co robić przy poprzedzaniu łożyska?

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 6 lipca o godzinie 6éj **w Zakładzie medycyny sądowej** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Walentowicz przedstawi okaz *hermaphroditismus verus bilateralis*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 9 Lipca 1887. Nr. 28.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut
1szy asystent tegoż zakładu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

4) Komórki olbrzymie w mięsakach olbrzymio-komórkowych. Materyjał, który mi posłużył do badania tego rodzaju komórek olbrzymich, stanowią dwa przypadki mięsaków, pochodzące z szczęki dolnéj. Preparaty były stwardnione tylko w spirytusie. Preparatów z rozczynu Fleminga nie miałem pod ręką. Pomimo tych niekorzystnych warunków udało mi się uzyskać rezultaty, które upoważniają do pewnych wniosków co się tyczy powstania komórek olbrzymich w mięsakach.

Virchow (*Die krankhaften Geschwülste* II, pag. 318, 1864—65) uważa komórki olbrzymie za produkty proliferacyjne składników okostny, składniki te pomału rosną, liczba jąder wzmaga się, podczas gdy inne składniki téj okostny stają się komórkami wrzecionowatemi lub gwiazdkowatemi. I większość innych autorów uważa te komórki za wybujałe jądra w jednéj masie pierwoszcza. Tę teoryję proliferacyjną stara się uzasadnić Siegenbeck (*Sarcome und plastische Entzündung* tom 107, pag. 393) na podstawie owych spostrzeżeń nad istotą chromatyczną proliferujących jąder. Autor ten zauważył mianowicie obrazy w jądrach, które czyniły na niego wrażenie dzielenia się na trzy i cztery części. Ten podział jądra nazywa nietypowym i od niego wywodzi komórki olbrzymie. Na tém jednak spostrzeżeniu, uczynioném na preparatach stwardniałych w wyskoku, nie można jeszcze ugruntować teoryi o proliferacyi, zatrzymuje ono nadal słabe swe strony, które na wstępie wymieniłem. Moje dwa przypadki mięsaka olbrzymiokomórkowego utwierdzają mnie w przekonaniu o słuszności teoryi o spływaniu komórek. Głównym składnikiem w tych nowotworach są krótkie komórki wrzecionowate z niewielką ilością delikatnie włóknistéj istoty międzykomórkowéj, mniéj liczne są komórki podobne do epitelioidowych lub gwiazdkowate, liczne są również naczynia krwionośne i komórki olbrzymie najrozmaitszych kształtów i wielkości, wejrzenia prawie zwierzęcego jak się trafnie Virchow (l. c.) wyraża. Tkanka nowotworowa nie jest nigdzie zbitą, znajduje się w niéj mnóstwo przestworów szczelinowatych najrozmaitszych kształtów, a ograniczonych wiązkami komórek wrzecionowatych lub okrągławych. Większa część tych przestworów odpowiada bezwątpienia kanałom odżywczym i naczyniom limfatycznym. Tak pierwoszcze jakoteż jądra komórek olbrzymich przedstawiają liczne szczegóły uwagi godne. Pod względem zbitości (ziarnistości) pierwoszcza znajdują się tu znaczne różnice. Pewne komórki mają pierwoszcze zbite jednostajnego wejrzenia, inne mniéj lub więcéj ziarniste. Zamiast ziarn często spotykamy delikatną siatkę o oczkach podłużnych lub okrągławych. Te różnice w pierwoszczu można zauważyć i w jednéj i téj samej komórce olbrzymiéj. Pewna część jéj ma pierwoszcze o wejrzeniu jednostajném dosyć silnie się barwiącém, które zwolna przechodzi w wyraźnie ziarniste lub włókienkowate. W pierwoszczu tém spotykamy liczne (o wiele liczniejsze niż gdzieindziéj) wakuole okrągłe lub owalne z komórkami lub bez nich. Ilość tych wakuol jest niekiedy tak wielka, że zajmują większą część całéj komórki olbrzymiéj. Wielkość ich jest także różna. W tych wakuolach, jak wspomniałem, mieszczą się komórki najczęściéj podobne do limfoidalnych, w innych razach masa delikatnie ziarnista bezbarwna. Wakuole te najczęściéj znajdują się w obwodowych częściach pierwoszcza. W innych razach są one jeszcze więcéj powierzchowne, mianowicie tworzą tylko wręby na brzegach, półkoliste lub koła i elipsy zamknięte otoczeniem komórki olbrzymiéj. Wreszcie znajdujemy komórki olbrzymie z nieznaczną ilością jąder lub nawet bez tychże z różną

ilością wakuol lub bez nich. Komórki olbrzymie odpowiadają kształtem swym owym wyżéj wspomnianym przestworom limfatycznym i naczyniom krwionośnym. Świadczą za tém te obrazy, w których jedna część takiego przestworu wypełniona jest komórką olbrzymią, druga natomiast masą drobnoziarnistą bezbarwną, zupełnie podobną do limfy skrzeplėj w wyskoku. Zamiast limfy spotykano często krew w różnych stopniach rozpadu. W niektórych komórkach olbrzymich znajduje się w środku lub mimośrodkowo okrągławy otwór na kształt wielkiéj wakuoli, a w niém rozpadające się ciałka krwi czerwone. Cała ściana naczynia krwionośnego pokryła się w tym razie pierwoszczem komórki olbrzymiéj, a światło naczynia znacznie się zwęziło.

Przestwory limfatyczne niewypełnione jeszcze komórkami olbrzymiemi mają na ścianach swych pokład komórek krótkich, wrzecionowatych, podobnych do innych komórek mięsakowych. Niektóre z nich bujają do światła przestworu, otoczone są dosyć obfitém pierwoszczem i delikatnemi molekułami bezbarwnemi. Molekuły te tworzą niekiedy zbitsze masy, których nie można już odróżnić od właściwego pierwoszcza i łączą komórki przyległe w jednę całość. Spływanie komórek na ścianach przestworów limfatycznych przychodzi tym sposobem do skutku. Nie spływają tu bezpośrednio masy pierwoszcza, ale dzieje się to za pomocą owéj z początku delikatnie molekularnéj istoty, która późniéj zagęszcza się i przybiera własności optyczne pierwoszcza komórki olbrzymiéj.

Jądra komórek olbrzymich były w jednym przypadku mięsaka zbliżone do leukocytów, w drugim przeważały jądra owalne lub okrągłe podobne do przyblonkowych, lub nie różniły się niczém od innych komórek mięsakowych. Na niektórych tylko komórkach mięsakowych zauważyłem mitozy i to rzadko bardzo wyraźne, nigdy nie widziałem ich na jądrach komórek olbrzymich. Badanie pod tym względem preparatów wyskokowych nie prowadzi do pewnych rezultatów, totéż i podania Siegenbecka (l. c.) nie wzbudzają wiele zaufania. Z analogii tylko z innych komórek olbrzymich wnosić można, że i w komórkach mięsakowych tylko pewna część ich jąder odpowiada komórkom na miejscu utworzonym, inne są imigrowanemi.

Na podstawie powyższych właściwości histologicznych wydaje mi się usprawiedliwionėm przypuszczenie, że komórki olbrzymie mięsakowe przedstawiają tylko przecięcia naczyń krwionośnych i przestworów, w których krążą soki odżywcze. Komórki, które ze ścian tych naczyń i przez ściany dostały się do ich światła, podlegają i wywołują ten sam szereg zmian wstecznych jak w obec ciał obcych. Ale jak tam, tak i tutaj ostateczną przyczyną spływania komórek są niekorzystne warunki odżywcze, jakim podlegają pewne komórki. W mięsakach szybko rosnących nawet z wielką ilością naczyń krwionośnych jest dosyć przyczyn zaburzeń w krążeniu i odżywianiu, jak o tém świadczą częste przemiany wsteczne w tych nowotworach.

Pewną cechę właściwą komórkom olbrzymim mięsakowym, niekoniecznie jednak wyłączną, nadają tymże liczne wakuole, które są prawie stałym u nich objawem. Malassez i Monod (*Sur les tumeurs à myeloplaxes. Archives de physiologie* 1878) uważają komórki olbrzymie z temi utworami za „metatypowe“ zarodki naczyń, podobnie Brodowski (*Ueber den Ursprung sog. Riesenzellen. Virchows Archiv* T. 63). Według moich spostrzeżeń komórki olbrzymie stoją w związku z naczyniami, nie są jednak ich zarodkami, lecz tylko przemianą wsteczną naczyń. Wakuole zaś nie są niczém innėm, jak tylko przemianą istot krzepnących w naczyniu. Tak w starszych zakrzepach jakotéż na skrzepłéj limfie lub krwi wakuole są zwyczajném zjawiskiem, i tak samo częstém jak w komórkach olbrzymich mięsakowych. W starszych zakrzepach obok włóknika oddziaływającego dodatnio na próbę Weigerta spotykam masy drobnoziarniste tylko nieznacznie się barwiące, a w masach tych liczne spotykam wakuole. Masy te ani optycznie, ani mikrochemicznie nie różnią się niczém od pierwoszcza komórek olbrzymich mięsakowych. To podobieństwo lub nawet ta tożsamość istot tak na pozór różnych, jak pewne składniki zakrzepów i tak zwane pierwoszcze komórek olbrzymich popiera niemało moje zapatrywanie na komórki olbrzymie mięsakowe. Teoryja o zlewaniu się komórek w powyższy sposób przezemnie zmodyfikowana tłumaczy nam daleko jaśniéj powstawanie komórek olbrzymich, aniżeli teoryja proliferacyjna, któréj przedewszystkiém brak wszelkiéj podstawy histologicznéj.

Nauka o komórkach olbrzymich staje się tém samém jednolitą, wszystkie rodzaje komórek olbrzymich można tym sposobem odnieść do jednych i tych samych warunków, mianowicie równocześnie przebiegających spraw pro- i regressywnych.

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Na podstawie zestawienia wszystkich przytoczonych tu faktów można już do pewnego stopnia wskazać główne cechy stanu hypnotycznego, a mianowicie, że stan ten jest skutkiem pewnych zaburzeń w czynnościach mózgowych osoby zahypnotyzowanéj: wola i świadomość są zawieszone lub znacznie obniżone, pozostaje tylko zdolność do czynności nieświadomych; hypnotyk staje się automatem i w skutek tego zależnym tak od różnych wpływów zewnętrznych, jak od własnych motywów, które świadomie powstały wśród czuwania: oddziaływa na te wpływy z pewną dokładnością, lecz oddziaływanie to możnaby nazwać odruchem psychicznym; jedném słowem staje się nietylko żyjącą ale i myślącą machiną. Rozpatrzmy teraz czy podobnego stanu nie można wywołać, czy podobnych zjawisk nie spostrzega się wśród innych warunków, czy téż przytoczone wyżéj zjawiska są właściwe tylko stanowi hypnotycznemu. Weźmy nasamprzód stan prawidłowy. Karol Richet [50]) zauważył, że u wielu całkiem zdrowych osób w obec zupełnéj świadomości przez poddawanie można wywołać pewne wyobrażenia i odpowiadające tym wyobrażeniom ruchy, tak np., jeżeli w oczach kilku osób nalewa się wody do szklanki i z przekonaniem powiada, że woda zamieniła się w ocet i prosi o skosztowanie, to chociaż wszyscy kosztujący oświadczą, że woda nie jest kwaśną, pewne jednak osoby przyjmą taki wyraz twarzy, jakby piły ocet; również, jeżeli wspomina się o pewnych nielubianych zwierzętach lub udaje, że się je wypuszcza, to pewne osoby pomimo mocnego przekonania, że tych zwierząt nie ma, wydają krzyki, robią grymasy, jakby rzeczywiście je widziały i usuwają się od osoby poddającéj; wiadomo powszechnie, że przy każdém silném wyobrażeniu pewnéj czynności, jeżeli nie zwracamy na siebie uwagi, mimo woli wykonywamy odpowiednie ruchy, chociażbyśmy nawet wyobrażali sobie ruchy zwierząt: tak samo rzecz się ma z uczuciami. Lecz oprócz wymienionych stanom psychi-

cznym mogą towarzyszyć inne zmiany w cielesnych czynnościach organizmu. Richet przytacza pewnego młodzieńca, który, gdy w licznem towarzystwie podczas obiadu wspomniano o szczurach, dostał mdłości i stracił zupełnie apetyt. Carpenter wspomina o pewnym prokuratorze, który podczas ekshumacyi zwłok dziecka, pochowanego przed kilku tygodniami, bardzo się niepokoił, że trup będzie cuchnął. Gdy wydobyto trumnę, już przed odkryciem wieka poczuł bardzo nieprzyjemny zapach i zaraz zemdlał. Po odkryciu wieka okazało się, że trumna była próżną i nie było najmniejszych śladów trupa. Manouvrier [51]), gdy znajdując się pewnego razu na balkonie 6go piętra w myśli zastanowił się nad tém, że w razie pożaru musiałby się spuszczać na niższy balkon i bardzo wyraźnie przedstawił sobie ten obraz, poczuł, że dłonie pokryły się potem. Praktyka życia codziennego przedstawia także liczne dowody, że rozmaite stany psychiczne: wyobrażenia, uczucia, emocyje, afekty, odpowiadające stanom czynnym pewnych części kory mózgowéj, wywołują zmiany w najrozmaitszych czynnościach cielesnych, jakto już wspomnieliśmy kilkakrotnie: niespodziewana radość przyspiesza tętno, smutek zwalnia je, wstyd wywołuje rozszerzenie naczyń na twarzy, strach ogólne zwężenie naczyń. Botkin wykazał zmiany w objętości śledziony, zależnie od stanów psychicznych: uczuć i afektów. Mosso, robiąc doświadczenia pletysmograficzne nad sobą, zauważył, że ilekroć do pokoju wchodził prof. Ludwig, pióro pletysmografu się obniżało, wskazując, że naczynia obwodowe się zwężały i prawdopodobnie rozszerzały się w mózgu; wejście kolegów zmian podobnych nie wywoływało. Mosso przypuszcza, że zjawisko to zależało najprawdopodobniéj od pewnych emocyj, z których on sobie sprawy nie mógł zdać, a które mógł uczuwać w obec prof. Ludwiga, osoby, dla któréj czuł największe uszanowanie. Dr. Istomanow w pracy „o wpływie słabych podniet na system krwionośny człowieka" podaje również kilka pod tym względem ciekawych szczegółów. Jeżeli pewna podnieta, przypuśćmy lekkie drażnienie pędzelkiem czoła lub ucha, pęcherz z lodem na rękę, kwas zastósowany na język, wystrzał z małego pistoletu itp. wywoływały pewne zmiany w naczyniach lub tętnie, to przy powtórnych doświadczeniach wystarczało w pewnéj chwili powiedzieć badanéj osobie, że będzie zastósowany ten lub inny środek, aby wywołać te same zmiany, które powstawały podczas działania rzeczywistego wymienionego środka. Oczywiście więc w danym przypadku wyobrażenie o działaniu środka wywoływało ten sam skutek, jak i sam środek zupełnie pomimo woli i świadomości badanego. Dogiel badając wpływ muzyki na krążenie krwi zauważył, iż zmiany w naczyniach krwionośnych u pewnego Tatara bywały wtedy tylko wybitne, gdy grano motywa tatarskich pieśni. Wiadomo także, że niektóre osoby posiadają zdolność wywoływania u siebie gęsiéj skóry, t. j. umieją dowolnie się najeżać. Sieczenow w jednym przypadku stwierdził, że osoba posiadająca tę zdolność chcąc wywołać gęsią skórę wyobraża sobie, że się znajduje nago na dworze podczas mrozu. Prócz tego Danilewski i Bochefontaine, oraz inni wykazali, że nawet bezpośrednie podrażnienie pewnych okolic kory mózgowéj wywołuje zmiany w tętnie (zwolnienie lub przyspieszenie) i naczyniach; Hitzig, Eulenburg, Landois, że wycięcie pewnych części kory mózgowéj, a mianowicie zawierających psychomotoryczne ośrodki dla odnóg, wywołuje rozszerzenie naczyń w ich mięśniach. Nadto Kuti i Charpentier stwierdzili jeszcze ten wpływ pewnych stanów kory mózgowéj *per exclusionem* w sposób następujący. Otrzymawszy pewne zmiany w krążeniu przez podrażnienie tego lub owego zmysłu u zwierzęcia usuwali powierzchowną warstwę kory mózgowéj lub zatykali naczynia przez wprowadzenie do tętnic proszku widłaku, ponowne podrażnienie zmysłów przy tych warunkach nie wywoływało żadnych zmian. Z przytoczonych przykładów widzimy, że każdy stan psychiczny niezależnie od tego, czy odpowiada rzeczywistości, czy tylko jest wyobrażany, wywołuje pewien ruch w tych odśrodkowych nerwach, pewną czynność w tych narządach, na które zwykle oddziaływa w skutek woli lub odruchowo. Wiadomo także, że wrażliwość naszych zmysłów może się zmieniać w skutek najrozmaitszych przyczyn, np. w skutek wychowania, pewnego wykształcenia zmysłów. Tak dotyk kształci się u ślepych, którzy mogą swobodnie poruszać się wśród sprzętów w mieszkaniu nie zawadzając o nie; mogą płynnie czytać posuwając palcem po alfabecie itp. Prócz tego u niektórych rozwija się zmysł słuchu tak, że poznają znajomych tylko z chodu. Wiadomo daléj, że dzicy poznają ślady nieprzyjaciół za pomocą węchu. Ebers [52]) wspomina o pewnym człowieku, którego nazywano wywęchiwaczem złodziei, a który, posługując się tylko węchem, znajdował w mieście osobę, jeżeli podawano mu rzecz należącą do niéj lub wskazywano miejsce, w którém przedtém przebywała. Giovanni Gonelli stracił wzrok w 20tym roku życia, w 30tym zaś posługując się tylko dotykiem, ulepił statuę papieża Urbana VII, któréj podobieństwo było zadziwiające. Preyer, Tarchanow, Sikorski wykazali, że tak zwane odgadywanie myśli w znanych doświadczeniach Bichopa, Kumberlanda i wielu innych polega wyłącznie na odczuwaniu ruchów osoby, która temat wymyśla. Również Spiro wykazuje, że wywoływanie duchów, rozmowa z nimi i ich zjawianie się w doświadczeniach spirytystycznych polegają na halucynacyjach, które występują u niektórych osób, w skutek skupienia uwagi, przekonania i oczekiwania, że pewne zjawisko nastąpi, niejako więc w skutek samopoddawania w stanie czuwania i dla tego osoby niewierzące nigdy podobnych zjawisk nie widzą.

Zwróćmy się teraz do stanów patologicznych układu nerwowego; tu znajdziemy jeszcze obfitszy szereg zjawisk analogicznych do obserwowanych w stanie hypnotycznym, np. katalepsyję, porażenia, kontraktury, znieczulenia itp., a prócz tego najrozmaitsze zmiany w czynnościach psychicznych w skutek uszkodzenia téj lub innéj części mózgu, zmian w krążeniu krwi i odżywianiu, jakoto: utratę świadomości, halucynacyje, ruchy automatyczne, bierne stósowanie się do rozkazów innéj osoby, echolalia itp. Niektóre z tych zjawisk możemy sztucznie wywoływać u zwierząt, np. ruchy automatyczne. U osób histerycznych napotykamy rozmaite zmiany w czułości zmysłów, np. nadczułość powonienia lub słuchu, które niekiedy są nawet znaczniejsze niż u hypnotyków. Doświadczenia dokonane na somnambulach naturalnych wykazały, że wszelkie poddawania udają się u nich najzupełniéj bez poprzedzającego hypnotyzowania, również doświadczenia Bernheima dowodzą, że rozmaite halucynacyje można wywoływać przez poddawanie u osób gorączkujących, u których świadomość jest zupełnie lub częściowo upośledzona. Bonnasies [53]) używając sam haszyszu i podając go innym stwierdził, że w pierwszym stopniu zatrucia można wywoływać halucynacyje a nawet inne czynności słowem i gestami. Obserwacyje na sobie samym przedstawia w sposób następujący. Podczas poddawania pewnéj myśli przez inną osobę budzi się nasamprzód pojęcie protestu, lecz nim to pojęcie się utrwali, pomimo woli powstaje złudzenie, które samo

wprawdzie trwa krótko, lecz przez nowe poddawanie może być utrzymane przez czas dłuższy.

Z przytoczonych faktów można się przekonać, że stan hypnotyczny właściwie nie przedstawia ani jednego zjawiska, któregobyśmy nie mogli obserwować bez hypnotyzmu przy rozmaitych innych warunkach a nawet w stanie prawidłowym. Na podstawie tego porównania możemy stanowczo twierdzić, że stan hypnotyczny wcale nie jest stanem *sui generis*, lecz że mamy tu do czynienia z pewną nieprawidłowością, z pewném naruszeniem stosunków w czynnościach mózgowych, które całkowicie albo częściowo może powstać także skutkiem najrozmaitszych innych przyczyn. Jakiegoż więc rodzaju zachodzą tu zmiany, które usuwają prawidłowy stosunek czynności mózgowych i w jaki sposób powstają? Dla wyjaśnienia tych pytań musimy się nieco zastanowić nad czynnościami układu nerwowego w ogóle.

Nasamprzód wiadomo, że jeżeli się bierze tylko część rdzenia, np. żaby, zachowując złączone z nią nerwy do środkowe i odśrodkowe i ich narządy obwodowe, to rozmaite bodźce (fizyczne, chemiczne lub mechaniczne) czyli tak zwane podniety działając na narządy nerwów dośrodkowych wywołują stan czynny ośrodków nerwowych rdzenia. Stan ten można wykazać w samych ośrodkach na podstawie zmian elektrycznych, lecz może on się objawić i na zewnątrz przez skurcz mięśni lub czynność gruczołów, w ten sposób otrzymamy odruch. Jeżeli podniety są bardzo słabe, to przy jednorazowém lub krótko trwałém ich działaniu odruch nie występuje, lecz jeżeli działanie, choćby najsłabszych, podniet się powtarza lub trwa pewien czas, to odruch może nastąpić. Oczywiście, że słabe podniety wywołują także w ośrodkach pewne zmiany, które się w nich sumują i w skutek sumowania się powstaje stan czynny. Przecinając rdzeń pod przedłużonym i działając w podobny sposób, oprócz odruchów i sumowania się działania podniet możemy obserwować jeszcze inne zjawisko, a mianowicie, że podrażnienie naprzykład skóry na pewnéj ograniczonéj przestrzeni może wywołać skurcz nie jednego mięśnia, lecz całéj grupy. Skurcze te przedstawiają pewną prawidłowość, tak iż powstaje pewien określony ruch jednéj lub wszystkich odnóg; ztąd wnosimy, że stan czynny przenosząc się za pomocą nawet jednego tylko włókna nerwowego do rdzenia, w samym rdzeniu w pewien określony sposób się rozchodzi i wprawia w stan czynny nie jeden lecz całe grupy ośrodków, przy tém nie odrazu lecz w pewnym porządku. Ruchy w ten sposób wywołane są do tego stopnia prawidłowe, iż niekiedy noszą charakter pewnéj celowości, to jest odpowiadają tym ruchom, któreby zwierzę wykonało świadomo, jeżeliby na nie działały te same podniety (wyjmowanie łapek z wody zakwaszonéj, usuwanie od elektryczności i ognia itp.). Dokładne jednak badanie, jak wiadomo, wykazało, że ruchy te są wykonywane bez najmniejszego udziału świadomości, lecz z mechaniczną koniecznością, tak, że pewne podniety, działając na pewne narządy czuciowe, wywołują zawsze jednakowe ruchy.

Badając czynności odruchowe możemy wykazać, że łatwość, z jaką ośrodki nerwowe popadają w stan czynny, zmienia się zależnie od rozmaitych warunków: pewne warunki zwiększają pobudliwość ośrodków, inne znowu ją obniżają. Taki wpływ obniżający pobudliwość wywiera stan czynny innych sąsiednich ośrodków. Jeżeli określimy siłę podniety, która u zwierzęcia z przeciętym rdzeniem wywołuje pewien odruch w skutek czynności, przypuśćmy, grupy ośrodków A., potém wprawimy w stan czynny jeszcze inne ośrodki rdzenia, przypuśćmy grupę B. i podczas tego zbadamy powtórnie działanie pierwszéj podniety, to otrzymany przedtém odruch za pośrednictwem grupy A. albo zupełnie nie nastąpi, albo będzie znacznie słabszy. Takie wpływy nazywamy wpływami tamującemi. (C. d. n.)

III. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola.

Podał Prof Dr. A. Obaliński w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Dnia 7 maja b. r. przystąpiłem do operacyi: W zupełnéj narkozie chloroformowéj poprowadziłem najprzód cięcie po stronie prawéj od rożka kości gnykowéj aż w pobliże samego podgardla *(jugulum)*, odszukałem szybko w górnéj jego części tętnicę tarczykową górną, którą podwiązawszy podwójnie przeciąłem, następnie odsłoniłem wewnętrzny brzeg m. schylacza głowy, przeciąłem mięsień łopatko-gnykowy a rozsunąwszy tępemi hakami obydwa brzegi rany, przyczém zabrałem po stronie wewnętrznéj powiększony do wielkości pięści gruczoł tarczykowy, po stronie zaś zewnętrznéj tętnicę doglowową wspólną wraz ze zstępującą gałązką nerwu podjęzykowego, otrzymałem dosyć wygodnie przystępną, może na 2cm. szeroką a z 8cm. długą, szczelinę wysłaną w głębi luźną tkanką łączną. Głębokość téj szczeliny była tak znaczną, że, mając w swéj sali operacyjnéj nienowoczesne górne lecz jeszcze boczne oświetlenie, nie mogłem w głębi rozpoznać żadnych szczegółów nawet po wymacaniu guzika Chassaignaca, poniżéj którego przebiegać ma pozioma część tętnicy tarczykowéj dolnéj. Dopiero gdy za radą obecnego przy operacyi kol. doc. Pieniążka wprowadziłem za pomocą zwierciadła laryngoskopijnego światło w głąb rany, ujrzałem dokładnie w poprzek przebiegający pasek, który dał się zupełnie odosobnić i został po rozpoznaniu go jako tętnica tarczykowa dolna podwójnie podwiązany i przecięty. Kładę nacisk na to, że w moim przypadku nie potrzebowałem wola ze swéj posady wyważać, jak o tém wspomina Wölfler, wystarczyło mi pomimo znacznych jego rozmiarów usunąć go hakiem na bok. Po drugiéj stronie postąpiłem sobie tak samo, tylko że tutaj większe trudności przedstawiła mi t. tarczykowa górna niż po stronie prawéj, a to dla tego, że po lewéj stronie nieprawidłowo z jednego pnia razem z tętnicą językową odchodziła, co nie od razu zostało spostrzeżoném i do przedłużenia operacyi dało powód.

Antyseptyka ścisła: sublimat, gaza jodoformowa, w każdym kącie dren, szwy jedwabne.

Przebieg pooperacyjny zasługuje na szczególniéjszą uwagę. Nietylko w samym dniu operacyi lecz jeszcze przez kilka następnych czuła się chora bardzo osłabioną, duszność nietylko niemniejsza lecz nawet zwiększona a osobliwie męczy ją kaszel, którego przyczyną okazało się zapalenie oskrzeli, objawiające się wybitną śluzoworopiastą plwociną w dosyć znacznéj ilości. Przy użyciu sztucznéj wody selcerskiéj i narkotykach stan podmiotowy po kilku dniach znacznie się polepsza, tylko temperatura pozostaje zawsze podniesioną, osobliwie wieczorem, podobnie jak przy zatrzymaniu ropy mimo, że rana goi się *per primam.*

Stan ten trwał przez dwa tygodnie jak świadczy załączony tu wykaz ciepłoty z pierwszych dwóch tygodni:

r.	–	37·6	38·4	38·4	37·8	37·6	37·7	37	37·3	37·4	37 4	37·7
w.	38	38·6	38 5	38 0	38·3	38·6	39·3	39	38·9	39·0	39 3	38 0

poczém temperatura wróciła do normy, osobliwie po użyciu kilku proszków (półgramowych) antipyrynu. Równocześnie zaczęła się szyja znacznie zmniejszać, tak że w trzy tygodnie po operacyi znalazłem zmniejszenie w 1szym wymiarze o pół cm., w drugim o 2cm., a w 3cim o jeden. Z uwagi, że pacyjentka tylko w pierwszych dniach, t. j. jak długo cierpiała na zapalenie oskrzeli, podmiotowo czuła się chorą i przygnębioną, później zaś, pomimo wysokiéj ciepłoty ciała, była rzeźką i wesołą; daléj z uwagi, że rana goiła się *per primam* i że w późniejszym przebiegu nigdzie się nie pojawiło ropienie, przypuszczać muszę, żeśmy tu mieli wybitny obraz tak zwanéj przez Genzmera i Volkmanna gorączki aseptycznéj, która w tym razie powstała najprawdopodobniéj od wessania wytworów wstecznego przeobrażania się w wolu. W miesiąc po operacyi mogłem pacyjentkę przedstawić w Tow. Lek. krak. jako zupełnie wygojoną i z szyją zupełnie kształtną, która wynosiła w pierwszym wymiarze 32 cm. (— 2 cm.), w drugim 35 (— 3 cm.), a w trzecim 33½ (— 2½ cm.). Przy téj sposobności muszę zwrócić uwagę szanownych czytelników, że niniejszy przypadek jest pierwszym znanym w literaturze, w którym podwiązano wszystkie cztery tętnice tarczykowe i to bez szkody dla organizmu a więc jest faktyczném stwierdzeniem tego, co przypuszczał teoretycznie Wölfler. Nadto dowodzi on przebiegiem swoim, że w skutek podwiązania wszystkich tętnic tarczykowych nie powstają uderzające zmiany w krążeniu śródczaszkowém, że więc odpada jedna z przypuszczanych przez N. Weissa przyczyn tężyczki *(tetania)*.

Prawie równocześnie z powyższym przypadkiem zgłosił się do mnie młody, bo 21-letni parobek z prośbą, aby go uwolnić od guza na szyi rosnącego powoli od lat 14 a od dwóch sprawiającego mu tak przykrą dusznicę, że nie może pracować. Po tak świetnym skutku, jaki otrzymałem w poprzednim przypadku, zdawałoby się nie ulegać wątpliwości, że i tym razem nie inaczéj postąpię; bliższy jednak opis wola, bo nim okazał się ów guz na szyi, niech mnie usprawiedliwi, dla czego poszedłem inną drogą. Szyja niekształtna po obu stronach tchawicy aż na dół do podgardla rozdęta obrzękiem, wśród którego znajdują się tu i owdzie rozsiane guzy kuliste przeważnie wielkości orzechów włoskich, jeden zaś większy wielkości pomarańczy sterczał ponad inne w górze po stronie prawéj i był więcéj od innych poruszalny.

Zbadawszy ten przypadek zaraz przypomniałem sobie metodę Socina z Bazylei, którą jego asystent Garré ogłosił z końcem ubiegłego roku w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 45, a która polega na tém, że wyłuszcza on tylko węzły istoty zwyrodniałéj, umieszczone wśród prawidłowego utkania gruczołowego, zostawiając je nietkniętém, przez co nie usuwamy nie potrzebnie gruczołu, nie spotykamy się z jego wnęką a tém samém nie potrzebujemy podwięzywać tętnic, co najwięcéj tu i owdzie jakąś żyłę a w końcu zachowujemy i pod względem estetycznym lepszy kształt dla szyi, która w razie zupełnego wyłuszczenia gruczołu wraz z wólem nabierać ma kształt wiązki poskręcanych sznurów.

Dnia 21 maja dostałem się wśród miernego krwawienia cięciem podłużném przez warstwę gruczołową do torebki sino przebijającéj największego guza, który następnie z łatwością i bezkrwawo ze swego łożyska wydobyłem, z tego samego cięcia udało mi się po stronie prawéj wydobyć jeszcze w ten sam sposób sześć innych mniejszych węzłów. Po stronie lewéj było zaledwie kilka drobnych węzłów, przeto je zostawiłem. Ranę jamistą wydrenowałem i skórę kilkoma szwami zespoiłem. Po dwóch tygodniach przedstawić mogłem pacyjenta na posiedzeniu Tow. Lek. krak. razem z poprzednią pacyjentką jako zupełnie zagojonego i ze stanu swego bardzo zadowolonego, gdyż zaduszania od czasu operacyi ustąpiły. Jakkolwiek już w dziele Virchowa *Die krankhaften Geschwülste* znajdujemy opis *strumae follicularis mollis*, który przemawia za tém, że, jeżeli mamy przed sobą zwyrodnienie miąższowe *(struma parenchymatosa)*, zazwyczaj ogranicza się ono do pewnych tylko węzłów (*Knoten*), które, jak to pierwszy Stromeyer opisał, dają się łatwo wygnieść albo wyłuszczyć z pośród prawidłowéj tkaniny gruczołowéj; to jednakże z tegoż samego opisu wynika, iż rozsiane te węzły dochodzą nie rzadko do wielkości zaledwie grochu (l. c., T. III, Z. I, str. 16), są gęsto obok siebie ułożone i nadają całości kształt gładki, jednostajny, najbardziéj zbliżony do t. z. przerostu (*ib.* str. 27.) Dla tego też sądziłbym, że metody Socina należałoby użyć tylko w tych przypadkach, gdzie węzły te zewnętrznie dobrze się odznaczają, gdzie więc z góry możemy mieć zapewnienie, że wyłuszczenie ich nie będzie ulegać niezwykłym trudnościom. Zresztą zaś przemawiałbym za metodą poprzednią, t. j. podwięzywania naczyń doprowadzających a już bezwarunkowo, jeżeli będziemy mieć przed sobą wóle włókniste *(str. fibrosa)* lub nawet unaczynione (*str. vasculosa*).

Podczas spisywania niniejszych szczegółów zgłosiła się na oddział mój pani F. S., 38 lat licząca, mężatka z guzem na szyi przeważnie po stronie prawéj rozrośniętym, który według podania ma być przyczyną, że od pół roku, t. j. od czasu znacznego powiększenia się tegoż, pacyjentka nie może oddawać się zwykłym nawet lżejszym zatrudnieniom w gospodarstwie domowém, z powodu zaraz występującéj duszności. Guz ten wielkości sporéj pięści męskiéj jest jednostajnie rozrośnięty, tylko po prawéj stronie tchawicy położony, zachodzi pod mięsień schylacz głowy jakoteż i pod mostek i ma zbitość jednostajną, elastyczną.

Rozpoznawszy wóle (*struma parenchymatosa*) zaproponowałem pacyjentce operacyję, mając na myśli podwiązanie obu tętnic tarczykowych prawéj strony a to tém bardziéj, że leczenie przetworami jodowemi wcale do celu nie doprowadziło.

Dnia 25 czerwca podwiązałem w ten sam sposób jak w pierwszym przypadku obydwie tętnice tarczykowe strony prawéj, przyczém i tym razem stwierdziłem, że wól daje się palcami przesunąć ku linii środkowéj bez wyważenia go z głębi, jak to opisuje Wölfler, że daléj tętnica doglowowa wspólna daje się doskonale usunąć za pomocą tępego haka na zewnątrz, tak iż dosyć wygodnie można manipulować, chociaż w znacznéj głębi, osobliwie jeżeli wpuści się w głąb światło odbite od zwierciadła laryngoskopijnego. Zważywszy w końcu, że tętnica tarczykowa dolna daje się zupełnie dobrze od otaczających ją tkanek oddzielić, nie zachodzi żadna obawa ujęcia czegoś ważniejszego, a mianowicie nerwu wstecznego, w przewiązkę; za czém i niniejszy przypadek popiera powyższe moje twierdzenie, że ten sposób odszukiwania tętnic jest w największéj liczbie przypadków wystarczającym a w obec jego wybitnych wskazówek anatomicznych i téj korzyści, że jedném cięciem obydwie tętnice odszukujemy, rzeczywiście polecenia godnym.

Z dalszego przebiegu jeszcze nie zupełnie wiadomego zanotować mogę, że rana goi się *per primam*, że temperatura ciała podniesioną była tylko w jednym dniu i to nieznacznie

i że wymiary zmniejszyły się w 8ym dniu o 2cm. a duszność znacznie się zmniejszyła.

IV. Na czém polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiéj.

Przedstawił
docent **W. Jaworski.**

Korzystny wpływ zdrojów karlsbadzkich na przebieg chorób przewodu pokarmowego spostrzeżono już w bardzo dawnych czasach. Już np. lekarz karlsbadzki Dawid Becher w swojém znakomitém naówczas dziele jeszcze w r. 1789 kładzie na czele między korzystnemi wynikami leczenia karlsbadzkiego przypadki chorób żołądka wyleczone w Karlsbadzie. Obserwacyje późniejsze potwierdziły te lecznicze wyniki i to w tym stopniu, że poczęto uważać zdroje karlsbadzkie za swoisty środek przeciw cierpieniom żołądka. Empiryczne to doświadczenie stało jednak pozornie w sprzeczności z ówczesnemi pojęciami o chorobach żołądka. W ogóle bowiem rozpowszechnione było mniemanie, że w chorobach żołądka siła chemiczna trawienia jest zniesiona, że brakuje składników trawiących kw. żołądkowego i pepsyny. To zapatrywanie popierane przez Leubego utrzymało się do niedawna i pociągnęło za sobą ogólne stósowanie kw. solnego w chorobach żołądka, równocześnie obok wody karlsbadzkiéj, o któréj przecie wiedziano, że jako alkaliczna niszczy kwas i pepsynę w żołądku; skutecznego bowiem działania téjże przeoczyć nie można było. Na szczęście ogłosił Reichman z Warszawy w r. 1882 przypadek objawu chorobowego, w którym spostrzegł, że nie brak lecz za silne wydzielanie soku żołądkowego było podstawą chorobową. Systematyczne zaś wewnętrzne badania żołądka wykonane przezemnie i doc. Gluzińskiego, a przedstawione w r. 1884 na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Poznaniu przekonały, że ten objaw chorobowy stanowi podstawę wielu przypadków chorób żołądka i jest nadzwyczaj częstym. Przypadków tego zboczenia chorobowego żołądka ogłoszono w sposób kazuistyczny kilkanaście. Dopiero gdy w niemieckim języku zostały ogloszone poszukiwania krakowskie (Gluzińskiego i Jaworskiego), a równocześnie z temiż zupełnie zgodne Riegla, ustaliło się przekonanie, że znaczniejsza część przypadków chorobowych żołądka cierpi na wygórowany chemizm trawienia, mniejsza zaś na oslabienie tegoż. Następnie wykazały spostrzeżenia Veldena, Rothschilda, Riegla i krakowskie (Korczyńskiego i Jaworskiego), że we wrzodach żołądka istnieje podniecone wydzielanie kw. solnego. Nadto prof. Korczyński i ja (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1886, Nr. 47 do 49) spostrzegliśmy, że krwotok we wrzodzie żołądka pojawiał się w okresie największego wydzielania się kw. solnego, tak że przed i po krwotoku kwasota treści żołądka jest mniejszą, niż w czasie krwotoku. Przytém zauważyliśmy, że przez obniżenie siły wydzielniczéj żołądka usuwa się niebezpieczeństwo wystąpienia wrzodu okrągłego.

Z drugiéj strony uważano pospolicie wodę karlsbadzką, idąc za doświadczeniami Jolyeta i Rabuteaua, wykazujących zwiększone wydzielanie błony śluzowéj przewodu pokarmowego w styczności z alkaliami i solami, jako podniecającą wydzielanie soku żołądkowego, czyli za przyspieszającą trawienie, i to właśnie odpowiadało pod względem leczniczym w zupełności temu zapatrywaniu na patologiję chorób żołądka, że w tych stanach siła trawiąca jest upośledzoną. Tymczasem w pracach doświadczalnych nad wpływem wody i soli karlsbadzkiéj (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, T. 37, 1885, i *Wiener med. Wochenschr*, 1886, Nr. 6—16) spostrzegłem wprawdzie, że te środki w małéj ilości użyte podniecają siłę wydzielniczą błony śluzowéj żołądka, we wielkiéj zaś ilości wprowadzone przeciwnie niszczą chemizm trawienia w kilka godzin w podobny sposób, jak to ostatniemi czasy spostrzegł Reichman po wprowadzeniu rozczynów soli kuchennéj do żołądka. Ale co więcéj, spostrzegłem, że używanie wody lub soli karlsbadzkiéj z każdym dniem siłę wydzielniczą błony śluzowéj żołądka tak co do kwasu, jako téż pepsyny coraz więcéj obniża, tak że po kilkotygodniowém stósowaniu tych środków wydzielanie czynników trawiących, a zatém i chemizm trawienia, może ustać, nie wywołując znaczniejszego zboczenia w mechanizmie żołądka.

Tak więc wyjaśnia się spostrzeżenie, że woda karlsbadzka odnosi skutek leczniczy we wszystkich zboczeniach chorobowych żołądka, które przebiegają z nadmiernėm wydzielaniem kw. żołądkowego, czyli wygórowanym chemizmem trawienia. Ponieważ według mego zestawienia statystycznego (Odczyt w Tow. Lek. krak. 1 grudnia 1886, jakotéż *Wiener med. Wochenschr.*, 1886, Nr. 49—52) z 232 przypadków wewnętrznie badanych było 156 czyli większa połowa takich, u których cierpienie żołądka przebiegało w obec nadmiernego wydzielania kw. solnego, a tylko w 34 przypadkach okazał się zupełny brak siły wydzielniczéj co do kw. solnego, to łatwo pojąć, że przeważna część chorych żołądkowych doznaje polepszenia przy stosowaniu wody karlsbadziéj. Ponieważ z dotychczasowéj mojéj obserwacyi okazuje się, że daleko dotkliwsze objawy podmiotowe występują, jeżeli błona śluzowa wydziela nadmiernie kwaśny sok żołądkowy, czyli gdy chemizm trawienia jest wygórowany, aniżeli gdy siła wydzielnicza soku żołądkowego zupełnie ustaje, co znaczy, że chemizm trawienia jest zupełnie zniesiony, byleby tylko mechanizm nie różnił się wiele od prawidłowego, to również wyjaśnia się obecnie fakt, dla czego stosowne użycie wody karlsbadzkiéj usuwa podmiotowe przypady żołądka w tak bardzo w oczy wpadający sposób. Należałoby teraz tylko wskazać, w którychto stanach chorobowych można się spodziewać większego lub mniejszego skutku leczniczego. Ja pierwszy miałem sposobność spostrzegania, że trwałe nadmierne wydzielame kw. solnego w żołądku przebiega w pewnych okresach a ostatecznie może się zakończyć zupełną utratą siły wydzielniczéj blony śluzowéj żołądka (Przegląd Lek., 1887, Nr. 1). Mogłem rozróżnić według dotychczasowych obserwacyj następujące okresy opisane dokładniéj w *Münch. med. Wochenschr.*, 1887, Nr. 7 i 8, a wymagające leczenia wodą karlsbadzką.

1. Nadmierne wydzielanie kw. solnego o wyższéj kwasocie, występujące jednak tylko podczas trawienia, w skutek czego powstają po jedzeniu przypady niestrawności (*hypersecretio digestiva transitoria*). Woda karlsbadzka działa tu korzystnie zmniejszając pobudliwość błony śluzowéj.

2. Nadmierne wydzielanie kw. solnego nawet w żołądku czczym, lecz z pojawianiem się małéj tylko ilości płynu w nim, a przy znacznéj różnicy między kwasotą treści czczéj żołądka a wytworzonéj podczas trawienia. Stan ten istniejący prawdopodobnie bez znaczniejszych zmian anatomicznych jest tak zwana *hypersecretio hyperacida continua simplex* czyli według Reichmana *gastrosuccorhoe*, sokotok żołądkowy. Woda karlsbadzka w tym okresie w miernéj ilości użyta może prawdopodobnie przywrócić stan prawidłowy, nietylko funkcyjonalny ale i anatomiczny, który tu prawdo-

podobnie może się objawiać rozpoczynającym przerostem gruczołów trawieńcowych.

3. *a.* W okresie zaś trzecim, w którym trwałe wydzielanie kw. solnego jest do najwyższego stopnia posunięte, tak że kwasoty tak w żołądku czczym, jak i podczas trawienia nie wiele się różnią, a żołądek jest wypełniony stale większą ilością cieczy od kw. solnego kwaśnéj, a przy tém równocześnie istnieje upośledzenie mechanizmu trawienia, użycie znaczniejszych ilości wody karlsbadzkiéj przez dłuższy czas zniża siłę wydzielniczą kw. solnego, a tém samém stan chorobowy. W tym okresie zwanym przezemnie *catarrhus acidus v. gastrorrhöe hyperacida continua* należy przypuścić równocześnie i zmiany anatomiczne narządu gruczołowego, mianowicie jego przerost, a nawet ze zmianami w błonie mięsnéj, wywołującemi tak często z tym stanem chorobowym połączoną rozstrzeń żołądka. Czy żołądek w tym okresie chorobowym pod wpływem wody karlsbadzkiéj powraca i pod względem anatomicznym do stanu prawidłowego, muszę pozostawić jako rzecz nierozstrzygniętą.

b. Co się tyczy właśnie opisanego nieżytu kwaśnego, to trzeba wiedzieć, że według dotychczasowych spostrzeżeń towarzyszy on zawsze wrzodowi żołądka i jest prawdopodobnie momentem wywołującym tenże. Ztąd wynika, że zmniejszając nieżyt kwaśny przez leczenie wodą karlsbadzką, leczy się równocześnie i wrzód żołądka, a doświadczenie codzienne poucza, że żadne inne leczenie w Karlsbadzie tak korzystnie nie przebiega, jak właśnie leczenie wrzodu okrągłego.

4. W okresie niedowładu wydzielniczego (*insufficientia secretionis acidae*) wytwarzającego się po długiém trwaniu nieżytu kwaśnego, a odznaczającego się niedostateczną ilością kw. solnego nawet podczas trawienia, jakotéż

5. W końcowym okresie, w którym kw. solny a nawet niekiedy pepsyna podczas trawienia już się nie wydzielają, zwanym przezemnie *catarrhus mucosis* a przez Grundzacha z Warszawy *catarrhus atrophicus* stosowanie wody karlsbadzkiéj byłoby przeciwwskazane, lecz możnaby i tu próbować, ażali malemi ilościami téjże nie dałoby się narządu gruczołowego, w razie jeżeli jeszcze w zupełności nie zanikł, do wydzielania pobudzić.

6. Oprócz trwałego tak zwanego nieżytowego wydzielania kw. żołądkowego istnieje jeszcze nadmierne wydzielanie kw. solnego peryjodyczne czyli *gastroxia* (albo *gastroxynsis* Rossbacha). Różnica między obydwoma stanami chorobowemi jest ta, że w przypadkach nieżytowego wydzielania kw. solnego znajdujemy takowy przy każdorazowém wewnętrznem badaniu, podczas gdy przy wydzielaniu nerwowém można napotkać przerwy, w których wydzielanie kw. żołądkowego jest zupełnie prawidłowe. I w tém nadmierném wydzielaniu nerwowém kw. solnego sprawia woda karlsbadska ulgę zobojętniając nadmiernie kwaśną treść żołądka.

7. Są jeszcze przypadki nerwic żołądka, w których woda karlsbadzka korzystne wywiera działanie. I tak w nerwicach czuciowych (*hyperaesthesia, cardialgia*), podczas picia wody karlsbadzkiéj bóle się zmniejszają, albo nawet znikają. W nerwicach ruchowych (np. *vomitus nervosus*) można również zauważyć pomyślny skutek. Nie przypominam sobie przypadku wymiotów nerwowych, w którychby stosownie użyta woda karlsbadzka została zwymiotowaną, chociaż wszelkie inne ciecze, a nawet leki, w żołądku zatrzymane być nie mogły. Działanie korzystne wody karlsbadzkiéj należy tu chyba przypisać łagodzącemu działaniu ciepłego a rozcieńczonego rozczynu alkaliów w obec wolnego kw. węglowego na błonę śluzową żołądka, która staje się na bodźce mniéj wrażliwą. Czy nawroty nerwic żołądka, które poprawiły się pod wpływem leczenia karlsbadzkiego, są częste, z doświadczenia podać nie mogę.

Co się tyczy zmian w żołądku, jakich powyższe stany chorobowe doznają pod wpływem wody karlsbadzkiéj, to te wydają się być nietylko czynnościowemi ale i anatomicznemi. Badając bowiem strzępy treści żołądkowéj przy nadmierném wydzielaniu kw. solnego, spostrzega się w nich liczne jądra strawionych komórek wypocinowych, jakotéż liczny przybłonek wałeczkowy napęczniały. Po długiém stosowaniu wody karlsbadzkiéj wszystko to znika, a natomiast występują tylko komórki śluzowe, przeważnie drobno ziarniste i przybłonek płaski — objaw, jaki cechuje wyżéj przytoczony nieżyt śluzowy pod 5. Dziwném przeto wydaje się pojmowanie klinicystów, że woda karlsbadzka, jakotéż alkalia wpływają w żołądku tylko tak, jak w rurce odczynnikowéj przez zobojętnienie kwasów, czyli że działają symptomatycznie tylko; tymczasem nikt na to nie kładzie nacisku, że one wywołują trwałą zmianę anatomiczną w narządzie gruczołowym, pociągającą za sobą zmniejszenie zdolności wydzielniczéj kwasu, czyli mówiąc innemi słowy sprawiają trwały skutek leczniczy.

Czy dany przypadek chorobowy wymaga leczenia karlsbadzkiego, w jaki sposób ono ma być przeprowadzone, jakie jest rokowanie lecznicze, należałoby właściwie przeprowadzić badanie wewnętrzne żołądka oznaczając tegoż siłę wydzielniczą. Lecz nie mniéj ważném jest kontrolowanie postępu zabiegów leczniczych i ocenienie czasu, kiedy leczenie należy uważać za ukończone. Na podstawie dat statystycznych (Odczyt w Tow. Lek. krak. d. 1 grud., 1886) wykazałem, że między zmianami przedmiotowemi żołądka, a objawami podmiotowemi nie ma ścisłego związku, że z objawów podmiotowych nietylko rozpoznać choroby, ale i o postępie terapii pewnych wniosków czynić nie można. Z drugiéj strony drogą doświadczalną stwierdziłem na ludziach, że nadmiarowe użycie wody lub soli karlsbadzkiéj może przyprawić o zupełną utratę siły wydzielniczéj co do kw. solnego, a nawet co do pepsyny, z czego należy przypuścić, że może powstać zanik narządu gruczołowego. Aby więc do tego nie dopuścić, należałoby od czasu do czasu kontrolować siłę wydzielniczą żołądka, czy ona nie zniżyła się już do stanu prawidłowego, inaczéj po dłuższém leczeniu można już łatwo sprowadzić ostatni okres nieżytu, t. j. nieżyt śluzowy. Ten pod względem uczucia podmiotowego jest wprawdzie podmiotowo o wiele znośniejszy, niż okres nadmiernego wydzielania kwasu, wydaje się więc tak choremu jak i lekarzowi jako polepszenie; lecz aczkolwiek utrata chemizmu trawienia żołądkowego jeszcze ogólnego odżywienia nie podkopuje, to jednak trzeba mieć na uwadze, że zwyrodnienie lub zanik narządu gruczołowego, cechujący nieżyt śluzowy, może dać powód do powstawania nowotworów. Statystyczne zestawienia przezemnie w tém czasopiśmie ogłoszone wykazały, że w moich przypadkach wewnętrznie badanych do 40 roku życia nie było ani jednego chorego żołądkowego ze zupełnym brakiem kw. solnego, ale owszem z nadmierném wydzielaniem tegoż, podczas gdy z chorych ponad 40 lat większa połowa utraciła zdolność wydzielniczą kw. solnego. A ponieważ w wieku średnim obfitującym w przypadki nadmiernego wydzielania kw. solnego zdarza się przeważnie wrzód żołądka, podczas gdy w latach późniejszych życia, w których przeważa niska kwasota lub brak zupełny kw. solnego, czyli powyżéj opisany nieżyt śluzowy,

występują złośliwe nowotwory żołądka, to przypuściliśmy (Korczyński i Jaworski: *Klinische Befunde bei Ulcus, Carcinoma und Magenblutungen.* Berlin, 1887), że śluzowy nieżyt żołądka może być momentem usposabiającym do wytworzenia raka żołądka. Nie należy więc sprowadzać utraty zdolności wydzielniczej kw. solnego, aczkolwiek ona nie przedstawia znacznych dolegliwości podmiotowych, a jéj wystąpienia lekceważyć. Nie mam tu wcale zamiaru przedstawiać leczenie karlsbadzkie jako jedyne i swoiste w chorobach żołądka. Szan. Czytelnikom wiadomo z pierwszego tegorocznego numeru tego czasopisma, że podobne skutki, co wodą karlsbadzką i przy użyciu innych środków osiągnąć można, lecz doświadczenia z niemi nie tak wszechstronnie przeprowadziłem jak z wodą karlsbadzką. Niestety badania w kierunku farmakodynamicznym nad wpływem środków leczniczych na czynność żołądka ludzkiego pomimo ważności przedmiotu są dotąd bardzo zaniedbane, a nie wątpię, że idąc w kierunku, w jakim dotychczasowe prace przeprowadzałem, możnaby nie jeden środek lub wodę mineralną znaleźć, któreby te same skutki lecznicze wydały co i cieplice karlsbadzkie.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał Dr. J. Talko.

Drugi Zjazd lekarzów, poświęcony pamięci Pirogowa, odbył się w Moskwie między 16 i 23 stycznia r. b. Posiedzenia odbywały się sekcyjami, których było 14, w téj liczbie znajdowała się i sekcyja chorób ocznych. Prof. Braun zarządzał sekcyją, która odbyła 2 posiedzenia; na 1-ém prezydował Dr. Tichomirow, hon. przyboczny okulista z Petersburga, na 2 prof. Chodin, z Kijowa, redaktor *Wiestnika oftalmologii* i Dr. Talko. Sekretarzami obrano Drów Łożecznikowa i Basanina.

Liczba lekarzów trudniących się okulistyką w Rosyi jest obecnie dość znaczna. Wielu z nich przybyło na Zjazd, jako profesorowie, lekarze wojskowi i lekarze ziemstw. Trudno oznaczyć liczbę okulistów biorących udział w pracach sekcyi, gdyż na posiedzeniach zbierało się sporo lekarzów innych specyjalności, wojskowych i cywilnych, interesujących się kwestyją jaglicy w wojsku, lub też wykładami wchodzącemi w zakres fizyjologii, chorób nerwowych i t. p. Na zebraniu w klinice ocznej, gdzie rozbierano ustawę przyszłego oftalmicznego Towarzystwa, naliczyłem 24 lekarzów i 1 kobietę — lekarza (p. Cholewińska z Tuły).

Pierwsze posiedzenie sekcyi d. 17 stycznia.

1) Prof. Braun wita zebranych gości i w kilku słowach przemawia o znaczeniu, jakiego doczekała się w Rosyi oftalmologija, jako oddzielna gałęź medycyny.

2) Prof. Chodin odczytał pracę o przemywaniu przedniej komórki oka po operacyi zaćmy. Po historycznym wykładzie przedmiotu, autor przedstawił przyrząd, jakiego używa w tym celu w kijowskiéj klinice. Japończyk Jnouye pierwszy zaczął przemywać komórkę oka w 1878 r. za pomocą przyrządu swojego pomysłu. Naśladowcą jego był Dr. Mac-Keown w 1884 r., który za pomocą strzykawki wymywał masy korowe ciepłą wodą; potém zaczął używać łyżeczki i strzykawki. Z 39 przypadków tylko 2 miało złe zejście. Panas przemywa komórkę oka słabym rozczynem dwujodku rtęci. Dr. Wicherkiewicz zaleca w tym celu używać znane nam z opisu szklane naczynie, z długim końcem, przez który wprowadza się do komórki 1% rozczyn kw. borowego. Chodin cytuje 18 obserwacyj kol. Wicherkiewicza pomyślnie zakończonych. Wecker sposobem tym wprowadza do komórki ezerynę; radzi jednak używać do przemywania i pipetki z gumką. Autor używa rodzaju lejka, połączonego z długą, wązką, kauczukową rurką, któréj zgięty koniec wprowadza się do komórki oka. Podnosząc lub opuszczając lejek, tém samém podnosimy lub zmniejszamy ciśnienie, które musi być czasem dość znaczne dla wypłukania resztek zaćmy. Do przemywania używa ciepłego 4% rozczynu kw. borowego. Sposób ten stosowany był w 30 przypadkach z dobrym skutkiem, szczególnie w zaćmach urazowych; chorzy nie uskarżali się na podrażnienie oka. Za pomocą podobnego przemywania nie tylko usuwały się z oka resztki twardych zaćm, lecz i miękkie masy korowe, których nie podobna było wydalić nawet za pomocą mięsienia. U jednego jednak chorego ani za pomocą mięsienia, ani za pomocą przemywania nie podobna było usunąć z źrenicy lepkich korowych mas, chociaż torebka soczewki szeroko była rozcięta, co stanowi ważny warunek dobrego oczyszczenia źrenicy. W tym celu Wecker radził wycinać 4-kątny płat z torebki, Dr. Chodin robi długie pionowe jej cięcie. Pomimo uprzedzeń Francuzów, Dr. Ch. zaleca robić przytem irydektomiję (przy miękich zaćmach), która ułatwia przemywanie komórki. Zdaniem autora takie przemywanie oka, prócz tego, oczyszcza ranę i ma znaczenie antyseptyczne.

W dyskusyi przyjęli głównie udział Drowie: Łożecznikow, Makłakow i Tarsaidze. Pierwszy robił ten zarzut, że przy przemywaniu lub lepiej wstrzykiwaniu do komórki rozczynu kw. borowego z ezeryną, tęczówka często wypada z oka; w 7 swoich własnych przypadkach 2 razy spostrzegł wypadnięcie tęczówki; nie otrzymywał więc pożądanego rezultatu — zachowanie okrągłéj postaci źrenicy po wydobyciu zaćmy, bez irydektomii. Następnie twierdził, że wstrzykiwania do oka à la Wecker wcale nie tak dobrze wydalają masy korowe, jak mówił prelegent; co zaś do antyseptycznego znaczenia przemywań, to lepiej może zastąpić przeciwgnilny opatrunek. Dr. Makłakow (z Moskwy) sądzi, iż przemywania stosowano w niewielu przypadkach, nie można przeto twierdzić, że są pożyteczne, wolno jednak myśleć, że nie są szkodliwemi. Na zapytanie, czy krew można wypłukać, Dr. Ch. odpowiedział, że to jest bardzo trudném. Dr. Tarsaidze mówił, że w Charkowskiéj uniw. klinice podobne przemywania oka nie liczą się do nieszkodliwych środków; mięsienie rogówki wystarcza do wydobycia na zewnątrz resztek soczewki. Wyrażono w końcu chęć czynienia dalszych spostrzeżeń nad tym przedmiotem.

3) Następnie prof. Chodin mówił o termometryi przy operacyjach ocznych. Chciałby on z wahań temperatury wnioskować o stanie operowanego oka, znajdującego się pod opaską, osobliwie w tych razach, skoro niepożądaném bywa częste objektywne badanie oka. Komplikacyje po operacyjach ocznych, osobliwie charakteru ropnego, prawie zawsze mają w następstwie podniesienie się temperatury. W 113 przypadkach wydobycia zaćmy u 87 temperatura nie podniosła się wyżéj nad 37,5° i wahała się między 36,5 do 37,5. Tylko w razie objawu *panophthalmitidis*, *iridokyklitidis* lub *kerat. suppurativae* temperatura podnosiła się do 38,7°. Zresztą w 13 przypadkach podniesiona temperatura nie dała żadnych wkazówek; nieraz temp. podnosiła się na 2 dzień po operacyi, chociaż żadnych nie było komplikacyj. A więc, zdaniem Dra Ch., termometryja nie daje w podobnych razach

świetnych rezultatów, ma jednak pewne znaczenie w celu rozpoznawczym okresu powikłania. W każdym razie należałoby rozpocząć termometryję na jakie 2—3 dni przed operacyją. Termometryją w podobnych razach zajmował się angielski lekarz Snell.

W dyskusyi nad tym przedmiotem głównie brali udział Drowie Zienenko (z Niższego Nowogrodu) i Makłakow. Pierwszy twierdził, że w swym szpitalu już 9 lat używa termometryi po operacyi zaćmy, że jednak w 250 przypadkach nie obserwował łączności podwyższenia temperatury i pooperatywnych komplikacyj w oku. Niejednokrotnie nawet znajdował w oku zmiany, gdy tymczasem temp. była jeszcze prawidłowa. Tylko w *panophthalmitis* podnosiła się do 38, nawet raz do 39°. Samo leżenie operowanego wcale nie wpływa na podniesienie temperatury, jakto np. bywa notowaném u wyzdrowieńców po tyfusie. Zdaniem Dra Z.,— które wszyscy obecni podzielili — termometryja nie ma znaczenia przy ocznych operacyjach. Dr. Makłakow wypowiedział myśl stosowania miejscowéj termometryi, osobliwie termoelektrycznéj (Michel): przy krupowém zapaleniu spojówki oka wywołaném użyciem jekwirity różnica między chorém a zdrowém okiem wynosiła 0,6°.

4) Dr. Kacaurow (z Jarosławia nad Wołgą) miał odczyt o wydobyciu zaćmy uproszczonym sposobem. Zakropiwszy do oka 5% rozczyn kokainy, sam unieruchomia powieki palcami i nożykiem Graefego robi obwodowo-płatowe cięcie na granicy rogówki i białkówki podług Weckera, przyczém jednocześnie rozcina i torebkę, w prostéj linii z góry i zewnątrz — ku dołowi i ku wewnątrz. Irydektomii nie robi wcale. Komórkę przepłukuje ½% rozczynem oczyszczonego natr. chlorati. Dla zapobieżenia wypadnięciu tęczówki, po wydobyciu zaćmy wkrapla ezerynę. Antyseptyczny opatrunek, który zmienia się po 5—6 dniach. Taka operacyja, zdaniem Dra K., jest niebolesna, niekrwawa i krótkotrwała. Łatwiéj tu przeprowadzić antyseptykę, gdyż operuje się tylko jednym nożem, przytém niepotrzebny do pomocy ani lekarz, ani też felczer, co jest ważną rzeczą na prowincyi, w praktyce ziemstwa. Autor twierdził, że tym sposobem operował szczęśliwie zaćmę już 142 razy.

W ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział: Chodin, Łożecznikow, Zienenko, Donberg i inni. Chodin radził używać atropinu zamiast kokainy, która niedostatecznie rozszerza źrenicę. Przy sposobie K-wa nie podobna wydalić z oka resztek soczewki. Konieczna jest dlatego irydetomija, która zapobiega zapaleniu tęczówki. Opatrunek potrzeba zmieniać co 18—24 godzin. Jeden jednakże z obecnych zrobił uwagę, że w 100 przypadkach opatrunek zmieniony co 5—6 dni nie wywarł złych następstw. Dr. Łożecznikow wspomina, że rozcięcie rogówki i torebki jednym nożem nie jest nowym sposobem, robili to i inni lekarze (Dr. Gałęzowski), wątpliwa jednak rzecz, aby lekarz zdecydował się na operacyję zaćmy jednym skalpelem, bez innych narzędzi. Ł. ostrzega „lekarzów ziemstwa“, aby nie próbowali sposobu Dra K-wa, chociażby on zachwalał jego prostotę, technika bowiem jego jest dość trudną. Przytacza przypadek z chorą, operowaną przez kol. K., a którą następnie leczył w skutek znacznych następnych zmian w oku. Zdania oponenta podziela Dr. Dołżenkow (z Kurska), który operował 2 razy sposobem K-wa i w obu razach musiał wziąść do rąk inne narzędzia, prócz noża. Dr. Makłakow wątpi, aby się przyjął uproszczony sposób młodego jarosławskiego kolegi. „Prosty lecz trudny ten sposób jest jego osobistym, dzieło jego własnéj techniki. Rubinsteina nie można naśladować, nie podobna téż zupełnie naśladować i technikę K-wa.“ Zdanie jego potwierdzają: Donberg, Gilus i inni. Dr. Zienenko nie rozumie, jaki jest cel tego sposobu. Wątpi czy można było tu zyskać na czasie, szybkość wcale tu zbyteczna. Że się wprowadza do komórki jeden tylko keratotom — nic ważnego, gdyż cała doniosłość operacyi polega na dobrém cięciu, od którego zależy większy lub mniejszy % dobrych wyników operacyj. Wreszcie niebolesność operacyj zależną jest od kokainy. Dr. Adelheim (z Moskwy) spostrzegał w klinice Gałęzowskiego w 2 przypadkach zwichnięcie soczewki przy takim sposobie operowania. Drowie Badihin i Biełousow bronili sposobu K-wa, a Chodin wypowiedział kilka pochlebnych słów o prelegencie, którego sposób, bądź co bądź, ma pewną praktyczną wartość przy operowaniu twardych zaćm, przy użyciu jednego tylko noża i bez pomocy asystentów, co głównie uczynić należy na prowincyi. Kol. Kacaurow pozostał przy zdaniu, że sposób swój uważa za prosty i łatwy, operuje się bowiem bez pomocników. (C. d. n.).

Medycyna wewnętrzna.

H. Quincke: **O leczeniu operacyjném ropni płucnych.**

K. G., l. 26, przebył prawdopodobnie zapalenie płuc, w którém plwociny przez trzy tygodnie były mocno cuchnące. Od tego czasu upłynęło lat dwa, w ciągu których chory oddawał się swym zajęciom, kaszlał atoli, odpluwał wiele i wychudł. Plwociny były od czasu do czasu cuchnące, niekiedy zawierały krew. W r. 1882 w kwietniu został przyjęty do kliniki autora z rozpoznaniem jamy ropnéj w dolnym płacie lewego płuca. Gruźlicę wykluczono. Początkowo zastosowano *ol. terebinth.*, wdychiwania kw. karbolowego, próbowano wreszcie odpowiedniém ułożeniem poziomém ułatwić wykrztuszanie. Z powodu wystąpienia napadów duszności musiano zaniechać dalszych prób, témbardziéj, iż następnego dnia rozwinęło się zapalenie dolnego płatu płuca prawego. W początkach maja, po przebyciu zapalenia płuc, plwociny stały się bardziéj cuchnącemi i zawierały szaro-czarne płatki, składające się z igiełek kwasu margarynowego. Autor sądził, że wskazanie ułatwienia ropie bezpośredniego odpływu coraz bardziéj naglącém się staje. Rozchodziło się niewątpliwie o wielki ropień w dolnym płacie lewego płuca, po przebytém zapaleniu płuc, przed dwoma laty powstały. Badanie przedmiotowe kazało autorowi przypuszczać, że ropień stoi w połączeniu z jedném lub kilkoma oskrzelami, że jest otoczony gładką ścianą ze zbitéj tkaniny, wreszcie, że blaszki opłucny nie są ze sobą zrośnięte, gdyż klatka piersiowa rozszerzała się dostatecznie, a brzeg lewego płuca ku śledzionie i ku sercu się przesuwał. Autor postanowił sprowadzić poprzednio zrosty opłucnowe i w tym celu 9 czerwca wykonał nacięcie z tyłu i dołu po stronie lewéj przez skórę i mięśnie; wprowadzono pastę chlorowo-cynkową, którą kilkakrotnie zmieniano. W 8 dni wystąpiły w okolicy nacięcia silniejsze bóle i jakkolwiek tarcia opłucnowego nie słyszano, przypuszczono, wykluczywszy inne powody, że bóle te powstały z powodu zapalenia opłucny. Dnia 2 lipca wykonał autor nakłócie cienkim trójgrańcem w linii łopatkowéj bezskutecznie, nakłócie powtarzal w dniach po sobie następujących kilkakrotnie, wchodził termokauterem, zawsze nadaremnie, jamy właściwéj nie udawało się wyśledzić. Dnia 21 sierpnia zrobiono resekcyję żebra, powtórzono nakłócia, w 14 dni powtórzono, i mimo, że na razie ropa się nie wydobyła, znaleziono w opatrunku ropę w znaczniejszéj ilości, a chory po-

daje, iż uczuł w czasie kaszlu wydobywanie się powietrza. Dren na 5 ctm. wprowadzono do rany. W następnych dniach wypływ ropy był znaczniejszym, a ilość i cuchnienie plwocin się zmniejszyły. Przetoka okazywała skłonność gojenia się, dla utrzymania jéj wprowadzono laminaryję. Jamę oświecono przy pomocy zwierciadełka, przekonano się, że jama kończy się ślepo, a ropa wydobywa się bocznym otworkiem, w który wprowadzono dren. I ten kanał jednak nie prowadził wprost do jamy, tylko za pomocą jakiegoś oskrzela, gdyż dren można było wprowadzić tylko 12 ctm. w głąb. Prób przepłukiwania jamy musiano zaniechać z powodu silnego kaszlu, w czasie którego ropa stale się wydobywała. Ilość ropy stale się zmniejszała, a plwociny stały się śluzowemi. Przysłuchem jednak zawsze stwierdzić można było obecność jamy, próbowano więc za pomocą resekcyi 3—5 ctm. długich kawałków 6, 7 i 8go żebra, powyżéj otworu ściany przetoki uczynić podatniejszemi i zmniejszyć jamę. Jednakże bez skutku. Przebieg leczenia został znów zakłóconym zapaleniem nerek bez znanéj przyczyny występującém. Działo się to w kwietniu, a z końcem lipca wrócił chory do zdrowia. Zmiany atoli miejscowe w płucach były te same co poprzednio, przetoka nie skurczyła się, prątków gruźliczych w ropie nigdy nie znaleziono. Ponieważ dalszym próbom chory poddać się nie chciał, opuścił w grudniu 1883 klinikę. Minęło od tego czasu 3½ roku, chory ożenił się w tym czasie i jest zupełnie zdrowym. Dren 4·5 ctm. długości, 1 cm. gruby, nosi stale, jakotéż zbiornik na ropę przez siebie samego skonstruowany. Stan przedmiotowy niewiele się zmienił. Rezultatu, do którego autor doszedł, sam nie uważa za najlepszy, jednakże ułatwienie wydobywania się ropy, umożebniło wykonywanie wszelkiéj pracy choremu, który czuł się bardzo dobrze. Niewątpliwie leczenie choroby téj trwało bardzo długo, nie należy atoli sądzić, że leczenie trwałoby w każdym przypadku tak długo. Autor zwraca uwagę, że w przypadku przez niego operowanym zachodziły znaczniejsze trudności. Pomijając bowiem choroby w czasie leczenia występujące, jak zapalenie płuc i nerek, brak zrostów opłucnowych, które autor uważa za niezbędne dla udania się operacyi, grubość ścian klatki piersiowéj, siedziba środkowa ogniska utrudniały niesłychanie operacyję. Liczba dotychczas operowanych jest bardzo nieznaczna. Na 12 operowanych, ośmiu umarło, dwóch wyzdrowiało z przetoką, 1 zupełnie, w jednym przypadku rozpoznanie dosyć wątpliwe. Autor sądzi, że tylko przypadki ropni przewlekłych nadają się do operacyi, ostre tylko w przypadkach nagłego niebezpieczeństwa życiu zagrażającego. Operującemu radzi autor poprzednio postarać się o zrośnięcie blaszek opłucny, gdyż można narazić chorego na ostre zapalenie ropne opłucny lub odmę piersiową i na dowód prawdziwości swych twierdzeń przytacza odpowiednie przykłady. Nadto zrosty dopomagają wykonaniu operacyi, gdyż w przeciwnym razie płuco się zaciąga i wyszukanie ogniska ropnego jest utrudnioném. Wreszcie zwraca uwagę na to, że zrosty opłucnowe powstają o wiele trudniéj niż w jamie brzusznéj, i że najlepszą metodą do sprowadzenia ich jest metoda przez autora w niniejszym przypadku użyta. (*Berl. klin. Wochschr.* 1887, Nr. 19). *Dr. Halski.*

Dr. Decker: **Dodatek doświadczalny do etyjologii wrzodów żołądka.**

Nie ulega już obecnie wątpliwości, że wrzody żołądka powstawać mogą z licznych a bardzo różnorodnych powodów. Pomijając więcéj znane i częściéj omawiane, zwrócił autor uwagę na jeden fakt, mianowicie, że u kucharek wrzody żołądka dość często występują, a ogólnie odnoszą je do spożywania gorących pokarmów. Fakt ten zamierzył autor stwierdzić doświadczeniami. W tym celu wprowadzał dwom psom za pomocą sondy żołądkowéj papkę ogrzaną do 50°. Psy znosiły to wprowadzanie pokarmów bardzo dobrze i budząc się z uśpienia chloroformowego zachowywały się prawidłowo. Jednemu z psow wprowadził 4-krotnie, drugiemu 8-krotnie pokarm sposobem opisanym. Sekcyja po ostatniém wprowadzeniu wykonana wykazała: że u pierwszego z nich błona śluzowa żołądka przedstawiała się prawidłowo, z wyjątkiem miejsca wielkości 1 cm. w pobliżu małéj krzywizny między odźwiernikiem a wpustem leżącego, silnie przekrwionego. Badanie drobnowidowe wykazało wynaczynionkę między błoną śluzową a warstwą mięśniową. Zresztą zmian żadnych. U psa drugiego, któremu wprowadzono pokarm 8-krotnie w kilkudniowych przestankach znaleziono tu i owdzie zaczerwienione, nieżytowo zmienione miejsce na błonie śluzowéj. Na tylnéj ścianie miejsce wielkości 20-feniga ciemnoczerwone, ponad tém miejscem błona śluzowa silnie pofałdowana. Badanie drobnowidowe wykazuje wybroczynę między błoną śluzową a warstwą mięśniową i nieznaczne podniesienie błony śluzowéj. Na odźwierniku znajduje się utrata błony śluzowéj i warstwy mięsnéj w dwóch miejscach, dno tych wrzodów czyste, gładkie i badanie wolném okiem upoważniało autora do uważania tych wrzodów za typowe, okrągłe. Mikroskop potwierdził rozpoznanie, tylko błona surowicza była utrzymaną. Powstał obraz charakterystyczny lejkowatego wrzodu żołądka z ostremi, ciętemi brzegami. Tym sposobem wykazał autor fakt klinicznie stwierdzony, że za gorące potrawy są w stanie wywołać wrzód żołądka. Autor odnosi powstanie wrzodu do zastoju żylnego, sprowadzonego kurczem mięśniowym, pod wpływem zadrażnienia gorącym pokarmem lub napojem powstałego. Znaczniejszy zastój może wywołać wybroczynę, obumarcie następnie, a tém samém korzystne warunki dla dalszego działania soku żołądkowego. Umiejscowienie wrzodów odpowiada dotychczasowym doświadczeniom. W końcu opowiada autor przypadek, w którym dłuższe picie wody mineralnéj do 60° ogrzanéj wrzód żołądka sprowadziło. (*Berl. klin. Wochschr.* 1887, Nr. 21). *Dr. Halski.*

Leyden: **Uwagi o zapaleniu opon mózgowych i wymiotach w chorobach gorączkowych.**

W obszernéj téj pracy Leyden zastanawia się nad dawniejszemi sposobami leczenia wymiotów i zaleca bardzo nie lekceważyć tego objawu, który szczególnie groźnym staje się w przebiegu błonicy i duru brzusznego. L. zaleca: 1) bezwzględny spokój, 2) zaprzestanie używania środków wewnętrznych, 3) częste wstrzykiwanie podskórne morfinu, jak tylko przychodzą nudności lub czkawka, 4) ostrożne i odpowiednie żywienie chorego przedewszystkiém słodkiém mlekiem, kwaśném, herbatą, kleikiem, wreszcie podawanie w znacznéj ilości koniaku i sherry. Dawniéj podawano *Potio Rivieri*, eter octowy, piżmo, synapizmy na okolice żołądka i od czasu do czasu nalewkę makowcową. (*Deut. med. Wochschr.* 1887, Nr. 20). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Jodoform jako środek antiseptyczny.

1) Heyn i Rovsing, Das Jodoform als Antisepticum. 2) R. Wittelshöfer, Das Jodoform als Antisepticum und „Eine Abwehr". Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 6, 11. 3) Friedländer, Erklärung betr. die Mittheilung das Jodoform als Antisepticum, von Heyn und Rovsing. Fortschr. d. Med. 1887 Nr. 5. 4) Poten, Bemerkung zu den Jodoformuntersuchungen,

von Heyn und Rovsing. J. p. 5) König, Zulässigkeit des Jodoforms als Wundverbandmittel. 6) De Ruyter, Vortrag auf dem XVI Congr der deutsch. Gesellsch. f. Chir. Münch. med. Wochschr. Nr. 16. 7) Baumgarten, Ueber das Jodoform als Antisepticum. Berl. klin. Wochschr. 1887. Nr. 20. 8) Tilanus, Ist Jodoform ein Antisepticum? Münch med. Wochschr. 1887 Nr. 17. 9) Mosetig-Moorhof, Ein letztes Wort zur Jodoformfrage. Wien. med. Wochschr. 1887 Nr. 21.

Z początkiem bieżącego roku pojawiła się praca doświadczalna dwóch Duńczyków Heyna i Rovsinga, odmawiająca jodoformowi wszelkich własności antiseptycznych. Praca ta wywołała wielkie poruszenie w świecie lekarskim, a najlepszym dowodem tego cały szereg prac powyżéj wymienionych. Gdy i u nas jodoform powszechne już znalazł użycie, nie od rzeczy więc będzie zestawić wszystko, co *pro* i *contra* temu środkowi powiedziano. Przedewszystkiém jednak muszę nieco dokładniéj opisać doświadczenia badaczy duńskich i wnioski, do których oni doszli.

Doświadczenia robili oni na rozmaitych rodzajach pleśni, na mikrokokach ropnych, na gatunku *staphylococcus pyog. aureus*, *pneumococcus* i *bacillus subtilis*; jodoformu używali w proszku, w zawiesinie, w rozpuszczeniu i w gazie; kilka także doświadczeń wykonali na zwierzętach. Powyżéj wspomniane rodzaje bakteryj posypywali oni proszkiem jodoformowym lub téż mięszali z zawiesiną lub roztworem jodoformu, następnie zaś szczepili w ten sposób otrzymaną mięszaniną rozmaite sterylizowane pożywki. Wynik doświadczenia był zawsze dodatni; po jednym, dwóch lub trzech dniach rozwijały się bujnie odpowiednie rodzaje bakteryj. Przy doświadczeniach z gazą jodoformową przekonali się również, że takowa rozmaite mikroorganizmy w sobie zawiera i że wcale nie zapobiega rozwijaniu się tychże. Mięszanina jodoformu i kultury *staphylococcus aureus* wstrzyknięta królikowi w kolano zawsze ropienie wywoływała.

Na podstawie tych doświadczeń wysnuli Heyn i Rovsing następujące wnioski: 1) Jodoform nie ma wcale własności antiseptycznych. 2) Jest środkiem niebezpiecznym, gdyż wraz z nim wprowadza się najrozmaitsze rodzaje bakteryj, zupełną energiją życia obdarzone. 3) Wyników dodatnich, jakiemi śród użycia jodoformu liczni chirurgowie się szczycili, nie należy przypisywać jodoformowi, lecz równocześnie używanym rozmaitym płynom antiseptycznym; jednakże i te ostatnie niezawsze są w stanie zniszczyć zupełnie zgubny wpływ mikroorganizmów, które tkwiąc w wnętrzu grubszych ziarnek jodoformowych i nie stykając się w ten sposób z temi płynami nadal zdolność życia zachowują.

Doświadczenia te, jak widzimy, z zupełną ścisłością wykonane i wnioski pozornie zupełnie logicznie wysnute zagroziły poważnie dotychczas tak powszechnie używanemu sposobowi leczenia ran. Pierwszym, który w obronie jodoformu stanął, był Wittelshöfer. W dwóch artykułach zbyt może ostrych zwrócił on słusznie uwagę, że wnioski teoretycznie wysnute z doświadczeń nie są w stanie wyrugować faktów kilkoletniém doświadczeniem stwierdzonych. Friedländer przypuszcza, że jodoform działa tylko pośrednio zwiększając własności antiseptyczne samych tkanin; przypuszczenie bardzo usprawiedliwione, gdyż jodoform pobudza granulacyje, które, jak wiemy, najlepszą zaporę przeciw mikroorganizmom stanowią. König przemawia również za jodoformem; według niego wartość jodoformu polega na własności usuwania wydzieliny rannéj, która stanowi doskonałą pożywkę dla mikroorganizmów. Na ostatnim wreszcie kongresie chirurgów de Ruyter wygłosił zdanie, że jodoform nie działa na bakteryje, lecz na ptomainy z nich się wytwarzające, z któremi wchodzi w połączenie chemiczne. Podczas gdy dotychczas przytoczeni autorowie starają się teoretycznie obronić środek tak znakomite usługi oddający przez kilka lat chirurgii, Poten poddaje krytyce naukowéj same doświadczenia, Tilanus zaś kontroluje je jeszcze raz je przeprowadzając. Poten zarzuca badaczom duńskim, iż robili doświadczenia bakteryjologiczne w ten sposób, że jodoform nie mógł się na jod rozłożyć i działać antiseptycznie. Także i doświadczenia na zwierzętach nie przekonywają Potena, gdyż w stawach warunki dla rozwoju mikroorganizmów są o wiele korzystniejsze aniżeli dla rozkładu jodoformu i działania w ten sposób. Tilanus robił doświadczenia podobnie jak Heyn i Rovsing i przyszedł również do przekonania, że jodoform nie ma własności antiseptycznych; równocześnie jednakże zwraca uwagę, że jodoform rozpuszczony w oliwie wkrótce się rozkłada i że wydziela się jod czysty, jak wiemy, dzielny środek antiseptyczny, daléj, że u chorych jodoformem opatrywanych jod w moczu się znajduje. Czyż więc nie jest możebném, że pod wpływem żyjących tkanek jodoform się rozkłada i jod jako taki działa?

Dwie dalsze prace Baumgartena i Mosetiga zajmują się nadto wpływem jodoformu na prątki gruźlicze, a względnie na samą gruźlicę. Baumgarten, a raczéj pod jego kierunkiem Kunze, robił cały szereg doświadczeń na zwierzętach i przyszedł do przekonania, że bakteryje, a między niemi i prątki gruźlicze, wcale nie tracą swéj siły żywotnéj pomimo obfitego zastosowania jodoformu. Dodatni wpływ jodoformu w gruźlicy miejscowéj tłumaczy autor wynikami doświadczeń swego ucznia Marchanda, który wykazał już przed kilku laty, że pod wpływem jodoformu komórki olbrzymie rozwijać się nie mogą. Mosetig-Moorhof zajmuje się tylko pracą późniejszą Rovsinga, w któréj tenże wykazał, że jodoform nie jest środkiem przeciwgruźliczym, a któréj to pracy ja niestety dotychczas nie znam. W artykule więcéj niż ostrym zwraca uwagę, że kilka doświadczeń na zwierzętach nie jest w stanie zaćmić faktów kilkoletniém doświadczeniem stwierdzonych i zaznacza, że on ani „na jotę“ nie odstępuje od tego, co przed kilku laty powiedział, że jodoform jest dzielnym środkiem przeciwgruźliczym i w ogóle antiseptycznym. *Dr. Sondermayer.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIte zwyczajne posiedzenie z dnia 23 kwietnia 1887.

Przewodniczący prof. Dr. H. Kadyi. Obecnych członków 16.

Kol. Prezes odczytał telegram, który imieniem sekcyi wysłał do Krakowa z powodu 25-letniéj rocznicy istnienia *Przeglądu Lekarskiego.*

Kol. protomedyk Biesiadecki w serdeczném przemówieniu dziękuje Sekcyi lwowskiéj za szczery współudział w Jubileuszu.

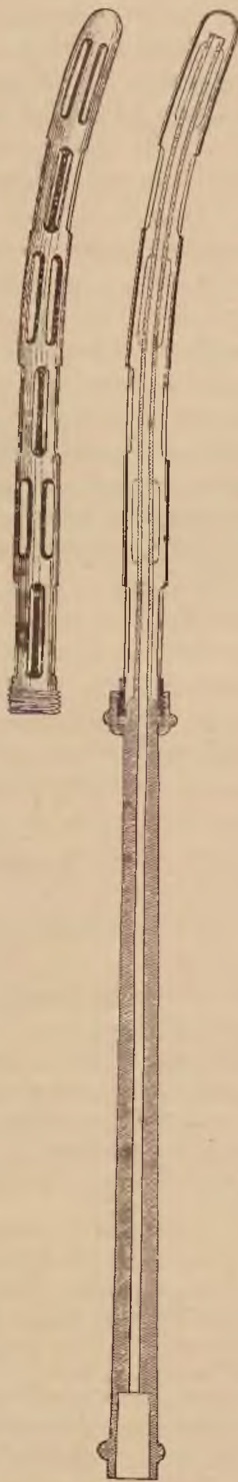
Kol. Tatarczuch przedstawił chorego, który przebywał *herpes zoster* bez bólów.

Kol. Mahl przedstawił dziecko ze *spina bifida* i z następowém porażeniem odnóg dolnych. Przy téj sposobności wspomina kol. Schramm, że niedawno podobne dwa przypadki operował, jak dotychczas, z pomyślnym skutkiem.

Kol. Sielski okazał przyrząd do podtrzymywania nóg w położeniu pośladkowo-grzbietowém przy operacyjach ginekologicznych i położniczych, podług modelu, jaki przywiózł Dr. Otto w Petersburgu z Anglii. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w ra-

zie braku dostatecznéj liczby asystentów i zaleca się jeszcze têm, że jest mały i że go można w razie potrzeby zabrać ze sobą w kieszeni.

Następnie okazał kol. Sielski strzykawkę własnego pomysłu do wstrzykiwań śródmacicznych. Najracyjonalniejszym sposobem leczenia przewlekłego zapalenia błony śluzowéj ciała macicy jest, według zdania większości obecnych ginekologów, wyłyżeczkowanie choréj błony śluzowéj, a następnie wstrzykiwanie co kilka dni do jamy macicznéj płynów przyżegających (*Liqu. ferri sesquichl. conc., Tinct. jodi etc.*). Do wstrzykiwań śródmacicznych używają najczęściéj strzykawki Brauna. Takie wstrzykiwania nie są zupełnie bezpieczne, a w literaturze jest zanotowanych kilkanaście przypadków śmierci po wstrzyknięciu płynu do jamy macicy, nie mówiąc już o licznych ciężkich zachorowaniach, szczególniéj na zapalenie otrzewny. Mechaniczne rozszerzenie macicy, przez wstrzyknięcie do jamy płynu, może sprowadzić zapalenie miąższu macicy, które czasem przechodzi na otrzewnę. Niebezpieczeństwa można łatwo uniknąć, jeżeli postaramy się o to, aby wstrzyknięty płyn mógł z jamy macicznéj swobodnie odpływać. Gdy atoli szyjka macicy jest rzadko tak szeroka, aby to mogło nastąpić, przeto wielu ginekologów postępuje w ten sposób, że przed wstrzykiwaniem rozszerzają sztucznie szyjkę macicy. Pominąwszy już tę okoliczność, że takie rozszerzanie jest postępowaniem bardzo niemiłém i niezupełnie bezpieczném, nie usuwa ono jednak na pewno opisanych poprzednio niebezpieczeństw. Podrażnienie macicy, wywołane przez wstrzyknięcie do jéj jamy płynu przyżegającego, jest częstokroć tak znaczne, że mimo sztucznego rozszerzenia szyjki następuje silny skurcz ujścia wewnętrznego i wstrzyknięty płyn nie może się wydostać z jamy macicy. Otóż kol. Sielski dał sobie sporządzić strzykawkę, która odpowiada swemu celowi i dozwala na wolny odpływ płynu wstrzykiwanego do macicy. Rurka nasadowa strzykawki ma kształt nasady strzykawki Brauna, lecz jest sporządzona z czystego srebra. Koniec jéj w długości 9 cm. jest bardzo cienki i ta część wkłada się w cewkę téj saméj długości, zaopatrzoną w bardzo wielkie okienka. Cewka przymocowuje się do rurki za pomocą gwintu, jak przy cewniku macicznym Bozemanna-Fritscha. Wstrzykiwany płyn dostaje się do cewki, a przez okienka téjże do błony śluzowéj macicy i jeżeli strzykawkę przesunie się kilka razy w jamie macicy, to wszystkie części błony śluzowéj zetkną się z przyżegającym płynem. Odpływ płynu jest zupełnie wolny przez górne okienka cewki, gdyż ta wchodzi do jamy macicznéj tylko na 7 cm. Strzykawki téj używa kol. Sielski od roku i od tego czasu nie miał żadnego przykrego przypadku. Z wyników leczenia jest zupełnie zadowolony.



W dyskusyi zabrał głos kol. Bylicki mówiąc, że jakkolwiek ulepszenia w tym kierunku sympatycznie witać należy, to nie mógłby przypisać korzyści ulepszeniu kol. Sielskiego. Przyrządowi brak bowiem bardzo ważnéj własności, zastosowania zakrzywienia stosownie do przebiegu szyi macicznéj, które dogodnie da się zastosować przy rurkach ze zbitego sprężnika. jeżeli się takowe ogrzeje. Następnie jeżeli się wstrzykuje strzykawką Brauna płyn wolno kropla za kroplą przy rozszerzonéj szyi, tenże spływa po rurce i wypływa na zewnątrz, to têm samém tylko mała część błony śluzowéj macicy styka się z płynem wstrzykniętym. Sądzi zatém, że rurka zewnętrzna strzykawki kol. Sielskiego temu zetknięciu jeszcze przeszkadza, pośrednicząc nie tylko otworami w ścianach umieszczonemi. Wsuwanie zaś rurki o stałém zagięciu i użycie kleszczyków do pociągania macicy, czyni operacyję dla chorych zawsze bolesną. Kol. Bylicki uważa za większe ułatwienie, przygotowanie szyi pręcikiem blaszkownicy stosownie zagiętym i wstrzyknięcie strzykawką Brauna, którą uważa za narzędzie doskonałe. Podnosi w końcu również znaczną różnicę, jaka zachodzi w leczeniu chorych w ambulatoryjum lekarskiém prywatném, i tę okoliczność, że zanim się zdecyduje wykonać wstrzykiwanie u ambulantki, bada poprzednio dokładnie dotkliwość macicy sondowaniem.

Kol. protomedyk Biesiadecki i kol. Schramm podnoszą zalety przyrządu kol. Sielskiego; wedle pierwszego działanie środka przyniesionego do macicy za pomocą przyrządu Dra Sielskiego nie jest wywarte w głównéj sile tylko na jedno miejsce, t. j. na dno macicy, lecz w niezmienionêm natężeniu udzielić się może całéj jamie macicznéj. Kol. Schramm uważa, że płyn po zadziałaniu łatwiéj odpływać może przy użyciu sondy kol. Sielskiego. W odpowiedzi zabiera głos kol. Sielski, mówiąc, że najważniejszy zarzut, jaki czyni kol. Bylicki jego strzykawce, t. j., że jest sporządzona z materyjału niedającego się stosownie do przebiegu szyi macicy naginać, nie uważa za stosowny. Pominąwszy już uwagę kol. Schramma, że gdyby o to chodziło, to możnaby ją sporządzić z twardego kauczuku. musi powtórzyć, co już powiedział, że rurka nasadowa jego strzykawki ma kształt nasady strzykawki Brauna, a żeby który z ginekologów korzystał z własności twardego kauczuka i wyginał rurkę nasadową strzykawki Brauna podług potrzeby, tego nigdy nie widział, ani czytał, ani słyszał. Byłoby to nawet zupełnie zbędném, gdyż rurkę nasadową strzykawki Brauna w téj postaci, jaką posiada, można do jamy prawie każdéj macicy wprowadzić. Używa w tym celu haczyka ostrego i za jego pomocą wyprostowuje zgięcia maciczne. Żeby użycie ostrego haczyka było rękoczynem bolesnym, tego nie może prelegent potwierdzić, oprócz w przypadkach ostrych i przy ostrych sprawach zapalnych narządów płciowych, lecz w tych razach nie tylko śródmaciczne wstrzykiwania, ale w ogóle wszelkie rękoczyny są przeciwwskazane. Również nie może się zgodzić z zapatrywaniem kol. Bylickiego, jakoby rozszerzanie szyi macicy za pomocą blaszkownicy było tak niewinne, jak zakładanie ostrego haczyka. Przedewszystkiém postępowanie to trwa długo, oprócz tego nie każdéj choréj pozwoliłby z pręcikiem blaszkownicy chodzić, więc chora musi częstokroć leżeć całemi dniami niepotrzebnie w łóżku i ostatecznie, co jest rzeczą najważniejszą, rozszerzenie szyjki macicy za pomocą pęczniejących rozszerzadeł jest rzeczą wcale niebezpieczną i niejednokrotnie było przyczyną śmierci choréj, bez ścisłych więc wskazań nie powinno się przystępować do téj operacyi. Rozszerzenie sztuczne szyjki nie daje jeszcze pewnéj rękojmi, że można bezkarnie wstrzykiwać do jamy macicznéj przyżegające płyny, gdyż zdarza się, że mimo rozszerzenia ujście wewnętrzne tuż po wstrzyknięciu ściąga się i odpływ płynu staje się niemożliwym. Że strzykawka Brauna nie jest tak doskonałym przyrządem, jak twierdzi kol. Bylicki, świadczy ta okoliczność, że nawet najdzielniejsi ginekologowie wspominają z własnéj praktyki o przypadkach śmiertelnych zejść po jéj użyciu. — Daléj twierdzi kol. Bylicki, że rurka zewnętrzna strzykawki przeszkadza zetknięciu się płynu z błoną śluzową jamy macicy. Prelegent i temu zaprzecza, gdyż otwory w rurce są bardzo wielkie i tak ułożone, że przesunąwszy strzykawkę kilka razy w jamie macicznéj tam i napowrót zetkną się stanowczo wszystkie części błony śluzowéj z wstrzykniętym płynem. Co się tyczy różnicy, jaka ma zachodzić między leczeniem chorych w ambulatoryjum publiczném a prywatném, to ta nie istnieje u kol. Sielskiego, strzykawki swojéj używa on równie często w praktyce prywatnéj jak i w lecznicy. Daléj prelegent mówi, że jeżeli kol. Bylicki wykonywa wstrzykiwania tylko u tych chorych, o których przy sondowaniu przekonał się, że ich macice nie są dotkliwe, to nie pojmuje, kiedy i w jakim celu to zresztą czyni, wszak wstrzykiwania przyżegających płynów do jamy macicy są wskazane prawie wyłącznie w *Endometritis corporis chron.* a jednym z najbardziéj charakterystycznych objawów przewlekłego zapalenia błony śluzowéj jamy

macicy jest właśnie drażliwość jéj przy zetknięciu się końca zgłębnika z nabrzmiałością. Zachodzi tylko ta różnica, że u jednych chorych cała błona śluzowa jest bolesną, a u innych tylko pewne miejsca, w miarę tego, czy cała błona śluzowa, czyteż tylko pewne jéj części są chore.

Z kolei odczytał kol. Pawlikowski rzecz o środkach ochronnych przeciw cholerze. *Dr. Wiczkowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Szczepienia ochronne Pasteura a „Szkoła berlińska“.

W Nrze 26 naszego pisma zamieściliśmy list Pasteura w odpowiedzi na broszurę Frischa, oraz rozprawy, jakie się toczyły nad tym listem w Towarzystwie Lekarskiém wiedeńskiém. W rozprawach tych Frisch nadmienił, iż niesłusznêm jest mniemanie Pasteura, jakoby szkoła berlińska zmieniła pierwotne swe zapatrywania co do szczepień wąglika bo pod tym względem żadna zmiana nie zaszła. Obecnie w *Wien. med. Blätter* znajduje się list z Berlina, w którym wykazano, że Pasteur ma słuszność, bo zmiana w zapatrywaniach szkoły berlińskiéj co do sprawy szczepień wąglika nastąpiła. Dowodzi tego książka wydana przez Fraenkla: *Grundriss der Bakterienkunde*, którą, ponieważ Koch zgodził się z zapatrywaniami w niéj objawionemi, uważać można za wyraz zapatrywania się na rzecz przez „Szkołę berlińską“. W ustępie dotyczącym szczepień ochronnych, a względnie wąglika i wścieklizny psów, powiedziano tam:

Byłoto znów wielką zasługą Pasteura, że drogą doświadczeń zbadał lepiéj to dotąd odosobnione spostrzeżenie i dowiódł, że ma ono znaczenie także w podobnych stosunkach. Wyszedł on z zapatrywania, iż w przyrzucie krowianki upatrywać należy osłabiony przyrzut ospy prawdziwéj i przeniósł następnie doświadczenia o szczepieniu ochronném na wszystkie te przypadki, co do których sądził, że posiada ich jad osłabiony. Stało się to istotnie z wielkim skutkiem.

Tak co do cholery kur, jak późniéj co do wąglika i róży u świń, udało mu się przez ostrożne użycie różnych rodzajów osłabionego jadu zabezpieczyć zwierzęta od wniknięcia zazwyczaj najdzielniejszego materyjału.

Łatwo pojąć, że do odkrycia tak zdumiewającego rodzaju dołączono zaraz najśmielsze nadzieje i projekty a mianowicie natychmiast wielce przeceniono praktyczną doniosłość tych faktów. Koch i jego współpracownicy wykazali, o ile właśnie co do tego punktu wskazaną jest rozsądna ostrożność. I oni mogli stwierdzić, iż przez podskórne wstrzykiwania osłabionego wąglika można uczynić zwierzęta oporniejszemi na następowe szczepienie hodowlami najjadowitszemi, ale zauważyli równocześnie, że udaje się to jedynie u niewielu i niektórych rodzai zwierząt, a daléj że przez to i w najlepszym razie nie osięga się pewności w obec takich najść choroby wąglikowéj, jakie zwykły mieć miejsce w zwykłych stosunkach. Zwierzęta zarażają się zazwyczaj karmą przez przewód pokarmowy, zarodniki zawierający materyjał przechodzi przez żołądek, nie ulegając zniszczeniu, do kiszek a ztąd przyrzut dostaje się do ciała. W obec tego rodzaju zarażenia szczepienie udziela stosunkowo niewielkiéj tylko ochrony a zwierzęta częściowo giną po niém.

O ile jednak co do czysto praktycznéj strony odkrycia Pasteura sprzeczać się można, o tyle pewnym jest pod względem naukowym wiele znaczący fakt, iż w pewnych okolicznościach przez osłabiony przyrzut nawet najbardziéj zaraźliwy materyjał uczynić można nieskutecznym. Dowiedziono tego dla prątków cholery kur, wąglika i róży u świń, a jak powszechnie wiadomo w najświeższym czasie dla cierpienia, które bardzo prawdopodobnie jest także chorobą na istnieniu prątków polegającą, dla wścieklizny psów. Do tego przybywa jeszcze spostrzeżenie Loefflera, również tu należące. Laseczniki septicemii u myszy zaszczepione na uchu królików sprawiają proces chorobowy mniéj lub więcéj rozległy, podobny do róży, zapalny, który w przeważnéj liczbie przypadków bez dalszych następstw kończy się wyleczeniem. Zwierzęta jednak są w obec wszelkiego powtórnego zapadnięcia na chorobę podobnego rodzaju z pewnością opornemi i pozostają takiemi aż do czasu nie dającego się oznaczyć.

Następny szkic z wspomnianego dzieła Fraenkla daje ogólny obraz nauki w tym przedmiocie:

Sztuczna ochrona bywa zazwyczaj têm doskonalszą i trwalszą, im oględniéj wykonywa się szczepienie ochronne. Nie należy po całkiem osłabionym przyrzucie stosować zaraz w całéj pełni skutecznego jadu, lecz dopiero powoli przechodzić do niego posługując się odpowiedniemi stopniami pośredniemi. Pasteur używa co najmniéj dwóch szczepionek różnéj jadowitości: po słabszéj *(le premier vaccin)* zwierzęta są zwykle miernie choremi, mocniejsza *(deuxieme vaccin)* zostaje już bez skutku, co odnosi się również do niezmienionego jadu.

Nic dziwnego, że w obec doniosłości faktu nabytéj ochrony kuszono się o jéj wytłumaczenie. W tym względzie nie przekroczono atoli dotąd granicy przypuszczeń, oto najgłówniejsze z nich:

Prątek „niepowtarzający się“, gdy po raz pierwszy ustrój nagabnie ma w niém zużywać wszystkie te istoty, jakich do rozwoju potrzebuje. A skoro one się nie odradzają, ustaje na przyszłość możność powrotu dla prątka. Inni sądzą, że nie tyle zużycie pewnych istot, ile raczéj wytworzenie właściwych istot, które do ustroju przechodzą i ustalają się w niém, daje powód do zniszczenia zdolności odżywiania szczegółowych rodzai prątków. Prątki niszczą téż może nagabnąwszy ustrój po raz pierwszy wszystkie te elementy komórkowe, które są z góry mniéj opornie ukształtowane. Ponowny napad zastaje zatém tylko silne i dobrze ukształtowane elementy, uniemożebniające skuteczny rozwój prątka.

Porównywano téż wpływ prątków z wpływem różnych trucizn, np. tytoniu lub wyskoku, przy użyciu których nastaje powolne przyzwyczajenie do szkodliwości. Dopatrzono wreszcie, że istnieje zacięta walka między prątkami i komórkami i że białe ciałka krwi otaczają te obce napastniki, opanowują je i starają się zniszczyć. Jeżeli zarazimy przystępne dla jadu zwierzęta trującym wąglikiem, to nie możemy odkryć nic, coby nam wskazywało istnienie takiego przyjmowania prątków przez ciałka krwi, — ale ma to miejsce, jeżeli zaszczepimy zwierzę nieulegające wąglikowi. To tak różne działanie téj saméj przyczyny musi mieć powód w zdolności lub lub niezdolności ustroju, a względnie jego komórek, chłonienia prątków, a ponieważ właściwych powodów téj nierównéj zdolności oporu nie znamy, to określamy to ogólném mianem „usposobienia do choroby“ lub przystępności dla pewnego rodzaju prątków.

Usposobienie ma nam nietylko wyjaśnić, dla czego z dwu rodzai zwierząt jeden jest dostępny drugi zaś nie, ale także dla czego z wielu osobników jednego rodzaju w tych samych warunkach jedne ulegają zarażeniu inne zaś nie. Usposobienie to, skłonność do chorób, może być nabyte, może być wrodzone, może przechodzić z pokolenia na pokolenie, nie zyskując nic na pewności lub stałości. Jeżeli nierówne zacho-

wanie się komórek w różnych rodzajach zwierząt, w obec tego samego jadu stanowiło jeden punkt zwracający na siebie uwagę przy tych doświadczeniach, to punkt drugi zwracał na siebie jeszcze większą uwagę.

Jeżeli bowiem zwierzę dostępne zaszczepimy osłabionym przyrzutem wąglika, to komórki przyjmują go i czynią nieszkodliwym, osłabione prątki giną w walce.

Na gruncie tych faktów utworzono przypuszczenie o istocie nabytéj ochrony i szczepienia ochronnego. Według tego przypuszczenia białe ciałka krwi skoro miały sposobność przyjąć unieszkodliwiony przyrzut, mogą się powoli przyzwyczaić chłonąć bez szkody coraz dzielniejsze stopnie, tak że w końcu znoszą i najjadliwszy materyjał. Jeżeli to już wymaga ze strony komórek zdatności, to celem wytłumaczenia stałéj ochrony wypada od nich wymagać jeszcze większéj sprawności. Komórki są przemijającemi tworami, a jeżeli ochrona ustroju od jakiejś choroby po jednorazowém jéj przebyciu lub po szczepieniach ochronnych ma zależeć od tego, aby te komórki nauczyły się pochłaniać nieprzyjaciół, to pozostaje tylko przypuszczenie, że mogą te własności przekazywać swym następcom i wnukom swym w niezmiennéj mierze i jednakiéj sile. *Dr. Grabowski.*

---

* W sprawie lekarzy gminnych. Z ogłoszenia Namiestnictwa morawskiego (w *W. Allg. med. Ztg.*) wynika, że w prowincyi téj, w któréj instytucyja lekarzy gminnych przeprowadzoną została i na którą ciągle się powołują, opróżnionych jest obecnie 33 posad lekarskich, a ponieważ na każdą z tych posad składa się 1—12 gmin, więc 212 gmin jest bez dozoru lekarskiego. Prawda, że posady te, z wyjątkiem dwóch po 900 i 930 zł. a., są źle płatne: na 33 posad wynagrodzonych jest niżéj 500 zła. miejsc 22, a pomiędzy niemi jedna posada z płacą 190, jedna 140 a jedna nawet z płacą roczną 50 zła.! W ten sposób organizacyję przeprowadzić można, ale — na papierze!

* Wystawa higijeniczna w Warszawie. Za inicyjatywą redaktora *Zdrowia* Dra J. Polaka urządziła Warszawa na rozległym placu między ulicą Ujazdowską a Piękną wystawę higijeniczną. Pomieszczono na niéj prawie wyłącznie z Królestwa Polskiego a przedewszystkiém z Warszawy wszystko, co ma związek z ochroną zdrowia i życia ludzkiego.

Nie taimy wcale tego, że na wieść o jéj urządzeniu mieliśmy pewną obawę, że to za śmiały plan, zwłaszcza, że podobne wystawy urządzały dotąd tylko takie stolice, jak Londyn, Bruksela, Berlin, a w części także i Paryż. Tymczasem przekonaliśmy się, że obawy nasze były płonne. Wystawa warszawska udała się świetnie. I jeżeli miała ona za cel ożywić zajęcie się zdrowiem u naszego społeczeństwa, wtajemniczyć ogół w główne zasady higijeny sposobem poglądowym, podniecić przemysł w kierunku zdrowotnym i zachęcić ludzi nauki do poświęcenia swéj wiedzy dla zdrowia ogółu, to przyznać musimy, że rozwinęła ona wszelkie warunki po temu.

Nie silono się okazać na niéj tylko to, coby nosiło na sobie cechy nowości, ale starano się głównie o to, aby zwiedzający miał obraz dokładny a jasny przedmiotu należącego do pewnego działu higijeny. Szkoda tylko, że ogół lekarzy i techników galicyjskich za mało się nią zainteresował, bo nadarzyła się na niéj przedewszystkiém dla naszych panów techników pod względem wykształcenia higijenicznego nader niskie zajmujących stanowisko bardzo cenna sposobność pouczenia się na najbardziéj dzisiaj popłatném polu urządzeń sanitarnych. Być może, że nie pominą oni téj sposobności, jeżeli się uda komitetowi wystawy, otwarcie jéj przydłużyć do 15 lipca b. r. *Dr. B.*

* W obronie niemowląt wydało rzeszowskie c. k. Starostwo pod d. 27 czerwca br. L. 12.054 następujący okólnik.

„Ponieważ w wielu gminach tutejszego powiatu kobiety wiejskie przyjmują dzieci obce na wymamczenie, a śmiertelność pomiędzy takiemi dziećmi jest nader wielką, tak, iż zachodzi podejrzenie, że dzieci nie znajdują odpowiedniéj opieki u kobiet, które się ich mamczenia podjęły — i że nawet, niekiedy może rozmyślne, złe obchodzenie się z takiemi niemowlętami jest przyczyną ich śmierci, przeto Starostwo widziało się zniewoloném do zarządzenia, co następuje:

1. Każda kobieta przyjmująca jakiekolwiek obce dziecię na wymamczenie, winna o tém najpóźniéj w 3ch dniach donieść zwierzchności gminnéj.

2. Zwierzchności gminnéj polecono prowadzić wykazy dzieci przyjętych na wymamczenie, zamieszczając imię i wiek dziecka, imię, nazwisko i zamieszkanie jego rodziców, imie i nazwisko kobiety, która dziecię wzięła na wymamczenie, jakotéż dzień przyjęcia dziecka.

3 Przynajmniéj raz na miesiąc winna kobieta przynieść takie dziecię do wójta, który z jego wyglądania osądzi, czy takowe ma odpowiednią opiekę. Gdyby wójt spostrzegł, że dziecię jest wychudzone, lub że ma na sobie znaki uszkodzenia, winien zaraz śledzić za przyczyną, czy wychudzenie pochodzi od choroby lub głodzenia dziecięcia i czy znaki uszkodzenia są przypadkowe, albo może od bicia pochodzą. W razie podejrzenia lub pewności, że kobieta mamcząca źle się obchodzi z dziecięciem, winien ją wójt upomnieć i zaraz o wypadku tym donieść, celem dalszego dochodzenia przez c. k. żandarmeryję.

4. Oglądaczom zwłok przypomnieć należy, aby pamiętając na złożoną przysięgę, badali zawsze jak najdokładniéj zwłoki takich dzieci, a mianowicie, aby śledzili, czy śmierć ich nie nastąpiła przez brak opieki, głodzenie, bicie, albo katowanie; w takim bowiem przypadku nie wolno im wydawać kartki pośmiertnéj, lecz mają donieść zwierzchności gminnéj o swoich podejrzeniach, która dany przypadek zbada przez przesłuchanie domowników i sąsiadów, a następnie albo upoważni oglądacza do wystawienia kartki pośmiertnéj, jeżeli śmierć nie nastąpiła z winy mamczącéj kobiety, w przeciwnym zaś razie wstrzyma pogrzeb dziecięcia, zawiadamiając o zaszłym karygodnym przypadku ck. Starostwo i przynależną władzę sądową.

5. W pierwszéj połowie stycznia i lipca każdego roku winna zwierzchność gminna nadesłać Starostwu wykaz wszystkich dzieci oddanych na wymamczenie, podając w wykazie tym wszystkie szczegóły zamieszczone w ustępie 2 niniejszego okólnika.

6. Okólnik ten należy ogłosić w całéj gminie z tego już powodu, że kobieta, która wójtowi nie doniesie o przyjęciu obcego dziecięcia na wymamczenie, ukarana będzie grzywną 2 zła.

7. Wszystkie posterunki c. k. żandarmeryi otrzymują nakaz, aby przy sposobności patrolowania po gminach sprawdzały, czy wykazy prowadzone przez zwierzchność gminną obejmują wszystkie dzieci na wymamczenie oddane, jakotéż, aby się przekonywały, jaką opiekę dzieci te mają“.

Rozporządzenie to uważamy za nader stosowne i bardzo na czasie będące; przepisy bowiem w niém zawarte zdołają w wielkiéj części zaradzić złemu, wynikającemu z braku domów dla podrzutków. Dla tego sądzimy, że wszystkie starostwa powinny iść za przykładem starostwa rzeszowskiego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lipca. W poniedziałek d. 4 bm. odbyła się w *Collegium novum* podniosła uroczystość. Ignacy Domeyko, zatrzymawszy się w Krakowie w przejeździe do Drezna, zaproszony został przez prorektora (w zastępstwie bawiącego we Lwowie rektora) i dziekana Browicza do auli, gdzie w obecności profesorów i uczniów wręczono mu dyplom doktora medycyny *honoris causa*. Prorektor Łepkowski w serdecznem przemówieniu podniósł znaczenie téj promocyi, poczém prof. Blumenstok odczytał osnowę dyplomu, który dziekan prof. Browicz wręczył sędziwemu profesorowi i rektorowi. Rozczulony podziękował za zaszczyt, a następnie przyjął od filaretów naszych adres, który mu wręczył akademik p. Szeptycki. Młodzież akademicka postanowiła nowego doktora Uniw. Jagiell. odprowadzić na koléj i pożegnać go serdecznie.

* W Krynicy dotąd było gości 732, w Iwoniczu 107, w Cieplicach czeskich 2956, w Gainfarn 562.

* **Gorlice**. Donoszą nam, że lekarz miejski, p. Jerzy Koller obchodził w maju r. b. jubileusz 50-letni zawodu lekarskiego, z którego to powodu lekarze z Gorlic i Biecza zasługi jego zawodowe i obywatelskie uczcili ucztą składkową.

* **Dorpat**. Rozpoczęta z początkiem r. b. budowa nowego gmachu na pomieszczenie zakładów fizyjologicznego i patologicznego, na który przeznaczono 50 000 rubli, jest prawie na ukończeniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Niezadługo rząd ma usystemizować nową katedrę dla chemii fizyjologicznéj i sądowéj. — **Birmingham**. Dr. Bennet May mianowany prof. chirurgii. — **Praga czeska**. Na kierownika polikliniki w Wydziale niem. przedstawiono prof. Fleischera z Erlangi i Jakscha z Gracu. — Rektorem Uniw. niemieckiego na rok przyszły wybrany prof. botaniki Willkomm. — Rektorem Uniwersytetu czeskiego wybrany został prof. chirurgii Weiss. — **Graz**. Dziekanem Wydziału lek. wybrany prof. Zuckerkandl. — **Würzburg**. Prof. Kölliker d. 6 bm. kończył rok 70 życia i obchodził zarazem jubileusz 40-letniego zawodu nauczycielskiego.

* **Odznaczenia**. Prof. Verneuil w Paryżu wybrany został członkiem Akademii w miejsce Gosselina. — Proff. Esmarch i Volkmann wybrani zostali członkami honorowymi *Royal society of physicians and surgeons*. — Radca sekcyjny w ministerstwie oświecenia węgierskiém Dr. Markosovszky mianowany rzeczywistym radcą ministeryjalnym.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Łuszczkiewicz z Krakowa, Gustaw Piotrowski z Tarnowa, Kaźmierz Krasuski z Majdanu górnego i Józef Milerowicz z Tarnowa.

* **Nekrologija**. W Kijowie d. 30 czerwca zmarł po krótkiéj chorobie Dr. Adolf Ferdynand Knothe. Urodzony w r. 1824 w Winnicy na Podolu, kształcił się w słynném gimnazyjum miejscowém, następnie ukończył wydział medycyny w Kijowie i pierwszy z wychowańców nowego uniwersytetu złożył w r. 1848 egzaminy na stopień doktora medycyny, poczém przez 2 lata był asystentem przy prof. Karawajewie. Wypadki 1863 roku przeniosły go do gub. Penzeńskiéj, następnie na całe lat 16 do Ekaterynosławia, gdzie czynność swą rozpoczął od budowy kościoła, którego następnie był syndykiem. Nadto bezpłatnie sprawował urzędy lekarza przy gimnazyjum żeńskiém, przy towarzystwie dobroczynności, był prezesem komitetu sanitarnego, a ostatnio wiceprezesem towarzystwa lekarskiego. We wszystkich instytucyjach dobroczynnych czynny udział przyjmował, przez czas bardzo długi był prezesem powołanego przez niego do życia towarzystwa dla niesienia pomocy niezamożnym dziewczętom miejscowego gimnazyjum żeńskiego. Oceniono też na obczyźnie i cnoty obywatelskie nieodżałowanego kolegi, przez cały czas pobytu w Ekaterynosławiu był radnym miasta i honorowym sędzią pokoju. Do Kijowa przyjechał w końcu roku zeszłego. Krótko tu bawił, ledwo zdołał zapoznać się ze społeczeństwem miejscowém a już nie jedna myśl wiele w przyszłości obiecująca w zacnéj głowie jego powstała, już żwawo krzątał się dokładając starań o urzeczywistnienie wzniosłych projektów. Śmierć znienacka go zaskoczyła, tém dotkliwszą była strata... Przy wyniesieniu zwłok kol. Sadowski uczcił pamięć zmarłego piękną a serdeczną przemową. Zwłoki przewiezione do Różyna, gdzie obok ojca spocząć pragnął. Niech mu lekką będzie ta ziemia, którą tak szczerze kochał. *K. R.*

W Paryżu umarł Dr. Henryk Liouville, prof. nadzw., w 50ym roku życia; odznaczył się licznemi cennemi pracami w dziedzinie medycyny, higijeny i fizyjologii doświadczalnéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (c. d.); Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus z r. 1886. — W *Medycynie* Nr. 27: Goldflama: Ot. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 12: Smoleńskiego: Kilka słów o cieplicach obojętnych; Blumenstoka: Nagła śmierć w szkole (dok.).

Redakcyja otrzymała:

H. PACANOWSKI: O stałym braku kw. solnego w soku żołądkowym i zaniku bl. śluzowéj żołądka. (Odbitka z *Medycyny* 1887), in 8vo str. 7.

Dr. UNNA: Ichthyol u. Resorcin. Hamburg et Leipzig, 1886 in 8vo, str. 83.

Prof. ZUELZER: Ueber d. Einfluss d. Ichthyolpräparate auf d. Stoffwechsel. (Odbitka z *Monatsbl. f. Prakt. Dermatol.* 1886) in 8vo, str. 8.

Prof. SCHWENINGER: Notiz ü. d. Ichthyol. (Odbitka z *Charité-Annalen* XI) in 8vo, str. 5.

Prof. NUSSBAUM: Ueber Erysipelas. (Odbitka z *Allg. W. med. Ztg.* 1887) in 8vo, str. 7.

Dr. ACKERMANN: Mittheilungen ü. d. Ichthyol. (Odbitka z *Corresp. d. allg aerzt. Vereins v. Thüringen* 1885) in 8vo, str. 6.

Dr. LORENZ: Das Ichthyol u. s. Bedeutung f. Militärgesundheitspflege. (Odbitka z *D. Militärärztl. Zeitschr* 1885) in 8vo, str. 7.

Dr. LARTIGAU: L'Ichthyol. (Odbitka z *Progrès Médical* 1887) in 8vo, str. 5.

Dr. A. RACIBORSKI: Hypnotyzm w paryskim szpitalu „La Salpêtrière". (Odbitka z *Kosmosu*) Lwów 1887, in 8vo, str. 60.

Piśmiennictwo lekarskie.

BEITRÄGE zur Physiologie. Carl Ludwig zu s. 70. Geburtstage gewidmet von s. Schülern. M. 4 Taf. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 20.

BEITRÄGE zur klinischen Chirurgie. Mittheilgn. a. d. chirurg Klinik zu Tübingen. Hrsg. v. P. Bruns. 2 Bd. 2. u. 3. Hft. gr. 8. M. 2 Holzsch. u. Taf. Tübingen, Laupp. M. 8.

BERICHT der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien v. J. 1885. gr. 8. M. 6 Tab. Wien, Braumüller. M. 4.

BERICHT ärztlicher, des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien v. J. 1885. gr. 8. Ebd. 1886. M. 5.

Z dniem 7 bm. Administracyja „Przeglądu Lekarskiego" przeniesioną została na ulicę Sławkowską Nr. 8, I piętro.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 16 Lipca 1887. Nr. 29.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacyja Alexandra w obec wypadnięcia macicy.

Podał
Władysław Matlakowski,
ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W kwietniu 1882 r. ogłosił William Alexander w *Medical Times and Gazette* w Liverpolu zajmujące spostrzeżenia, dotyczące wpływu skrócenia więzów okrągłych na wypadniętą macicę; zachęcony osiągniętemi rezultatami, zastosował podany sposób na znacznéj liczbie chorych tak z wypadnięciem jak i z tyłopochyleniem i w r. 1884 ogłosił pracę (*The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments, by William Alexander. London. I. aud A. Churchill.* 1884), obejmującą już 22 przypadki operacyjne. W dwa miesiące po pierwszéj publikacyi Alexandra ukazał się również w *Medical Times and Gazette* artykuł Adamsa z Glasgowa, w którym donosi, że już oddawna pokazywał obecnym na zwłokach wpływ skrócenia więzów okrągłych na położenie macicy, a nawet w 1882 r. próbował u choréj z wypadnięciem macicy zastosować swój sposób, wszelako bez skutku z powodu mocnych zrostów utwierdzających ten narząd w zagłębieniu Douglasa. Popierana przez swoich wynalazców nowa operacyja znalazła licznych wykonawców w Anglii i Ameryce, gdzie upowszechniła się pod mieniem operacyi Alexandra lub Alexandra-Adamsa, stosownie do zapatrywania się danego autora na udział tych chirurgów w wynalezieniu nowéj metody operacyjnéj. Artykuły Macfie-Campbella (pierwsza praca w *Liverpool med. and chir. Journal*, 1883, w streszczeniu u Manriquea, druga w *British med. Jour.* 1885), Lediarda (*Alexander and Adams operation on the round ligaments. British med. Journal* 1884 z d. 25 lutego, str. 354), Reida (*On the operation Alexander-Adams of shortening the round ligaments for uterine displacements with three cases. Ibidem* 1884 z d. 15 listopada), Eldera (*A case of Alexander operation of shortening the round ligaments in a case of aggraveted prolapse and retroflexion. Ibidem* 1884 z listopada), Burtona (przemówienie podczas rozpraw, tamże), Gardenera (streszczenie w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1884, oryginały w niedostępnym mi *Glasgow med. Journal*), Allana (*British med. Journal* z 24 maja, str. 1001), Millera (streszczenie w *Jahresbevicht* Virchowa za r. 1884 oryginały w niedostępnym mi *Glasgow med. Journal*), Imlacha (*Centralblatt f. Gynaek.* 1886, str. 270), Sinclaira (*Ibidem* str. 366), Halliday-Crooma (*Ibidem* str. 366), Skene-Keitha (*Ibidem* str. 366), Mundego (*Ibidem* str. 286, oraz przemówienie w *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaek.*), Polka, (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Parisha (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Nancredego (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Rivingtona (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa (za r. 1885), Hermanna (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za rok 1885 str. 650), wreszcie polemiczne artykuliki Alexandra (*British med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik, str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) i Adamsa (*Brit. med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) z jednéj a Duncana (*Brit. med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik, str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) z drugiéj strony wyjaśniły wiele punktów, dotyczących techniki, oraz zastosowania nowéj metody. Poza obrębem krajów, w których panuje język angielski (Anglija, Ameryka i Australija), nowa operacyja nie zdołała pozyskać sobie uznania. We Francyi przypomniano sobie wprawdzie propozycyję Alquiégo spoczywającą dotąd w zapomnieniu, samą operacyję dwa razy wykonał Duplay (wzmianka w pracy Manriquea p. niżéj), lecz przeważnie stała się ona przedmiotem rozbioru i krytyki w obszerniejszych studyjach Dolérisa (*Centralblatt f. Gyn.* 1886, Nr. 33),

oraz w przemówieniach mianych w Towarzystwie położniczo-ginekologicznêm; jeden tylko Manrique *(Étude sur l'opération d'Alexander, Paris* 1886 *èd. Steinheil)*, opierając się na zebranym przez siebie materyjale ocenia ją bardzo przychylnie, lecz bez głębszego wniknięcia w przedmiot. W Niemczech ginekologowie odrazu przyjęli ją niechętnie, jak o têm świadczą głosy zabierane na Zjazdach niemieckich ginekologów w Berlinie (*Centralblatt f. Gyn.* 1886 Nr. 42) w 1886 r. i w Monachijum tegoż roku (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1er Kongress* 1886, Lipsk, Breitkopf et Härtel, str. 257—263); Zeiss wykonal ją trzy razy (*Ibidem*), Küstner dwa razy (*Ibidem*).

Wreszcie w Rosyi uskutecznil ją Sławiansky (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1er Kongress* 1886, Lipsk, Breitkopf et Härtel, str. 257—263) 9 razy, raz Lebiediew (*Zurnał akuszorstwa i żenskich bolezniej* 1887, Nr. 1, str. 67) i raz Riasiencew (*Zurnał akuszorstwa i żenskich bolezniej* 1887 Nr. 1, str. 67), który przedstawiał swoją chorą po operacyi w Towarzystwie położniczo-ginekologicznêm w Petersburgu, lecz jak wskazują rozprawy, Lebiediew i Sławiansky trzymają się poglądów wyrażonych przez niemieckich ginekologów.

Dla uzupełnienia tego rzutu oka dodać winienem, że myśl leczenia zboczeń macicy za pomocą skrócenia więzów okrągłych zajmowała już i dawniéj przed Alexandrem i Adamsem kilku lekarzy. Pierwszy Alquiè podał ją w 1840 r. i przedstawil Akademii lekarskiéj w Paryżu, po nim Aran w 1850 miał znowu sposób ten na widoku, prace atoli obu tych autorów nie zostały w czyn wprowadzone ani przez nich samych, ani przez innych i uległy zupełnemu zapomnieniu tak dalece, że przypomniano je sobie dopiero wtedy, gdy operacyja przeszła do Francyi z za kanału. Również dopiero teraz przypomnial Deneffe z Gand, że niejednokrotnie sposobu tego próbował na zwłokach, a nawet w 1864 r. za pozwoleniem prof. Burggraevego otworzył przewód pachwinowy u choréj, dotkniętéj wypadnięciem macicy, lecz więzów znaleźć nie zdołał i musiał operacyi zaniechać. Wreszcie o pierwszeństwo pomysłu upominal się i Walter Ravington z Londynu, ponieważ na trupie kobiety, dotkniętéj wypadnięciem, spostrzegł przy pociąganiu za więzy okrągłe wyraźne podnoszenie się macicy. Szczegóły i całe ustępy z prac wymienionych tylko co autorów znajdzie czytelnik w przytoczonéj pracy Manriquea (p. 25). Niemcy również wymieniają Freunda, który badał metodę, o któréj mowa, na zwłokach i demonstrował ją w Towarzystwie śląskiêm (Hegar i Kaltenbach. *Die operative Gynaekologie*, 1886, 3cie wydanie). Wszystkie te usiłowania nie wyszly jednak z okresu prób, tak że pierwszeństwo całkowicie i słusznie należy się obu chirurgom angielskim, którzy nawet wcale nie wiedzieli o tych usiłowaniach odosobnionych i zapomnianych.

Widząc operacyję tę wykonywaną przez Reevesa w szpitalu na Soho-Square w 1885 r. w obecności Alexandra, postanowiłem ją wypróbować w swoim oddziale, co też uskutecznilem tegoż roku po powrocie z Londynu. Od téj pory miałem sposobność uskutecznić ją jeszcze u 3ch chorych, dotkniętych ciężkiêm wypadnięciem macicy, a wyniki własnego doświadczenia ośmielam się przedstawić w niniejszéj pracy.

Opis operacyi. Chorą przygotować należy tak jak do laparotomii, a więc: po przebytéj już przed kilku dniami miesiączce powinna za pomocą kąpieli ogólnych, przestrzykiwania pochwy, okładów z roztworu fenolu na ogoloną okolicę łonową i podbrzuszną, być zupełnie oczyszczoną; po należytém opróżnieniu jelit za pomocą środków czyszczących i wlewań ciepłéj wody do odbytnicy w przeddzień operacyi, wypuszcza się mocz, umieszcza się chorą na zwyczajnym stole operacyjnym, poczêm odraża się pole operacyjne za pomocą szczotki i wody z mydłem, oraz roztworu sublimatu.

Po zachloroformowaniu choréj wyczuwa się otwór przewodu pachwinowego lub kolec łonowy, co jest u osób chudych lub z miernym pokładem tłuszczowym rzeczą łatwą; u kobiet otyłych, gdzie części tych wymacać nie można, oznacza się w myśli przebieg więzu Pouparta, poczêm w okolicy $^1/_4$ wewnętrznéj tego więzu, a zatêm w części już w granicach wzgórka łonowego prowadzi się cięcie w częściach miękkich tak głęboko, aż zobaczy się wyraźnie rozścięgno mięśnia skośnego wielkiego. Cięcie na zewnątrz prowadzi się równolegle do więzu Pouparta tak daleko, żeby nie przeciąć żyły i tętnicy podskórnéj; u kobiet otyłych musi ono być dłuższe, tak że wypadnie te naczynia przeciąć po uprzedniêm ich podwiązaniu; zresztą jestto jedyne naczynie, jakie wypadało mi podwiązać. Inne krwawiące punkty w ranie chwyta się starannie w kleszczyki Koeberlégo. W ogóle starać się należy przy téj operacyi jak najmniéj dotykać wacikami lub gąbeczkami powierzchni rany, aby wcale nie zaróżawiać krwią tkanek tak, iżby te przedstawiały się świeżo i wyraziście i różnice barwy i blasku pozwalały się łatwo rozpoznawać, okoliczność niezmiernie ważna przy odszukiwaniu więzów. Skoro już przecięto powięź i widać rozcięgno m. skośnego dużego, palcem wyczuwamy otwór zewnętrzny przewodu pachwinowego, którego granicę dolną stanowi zawsze wybornie wyczuwalny więz Pouparta. Otwór ten bywa bardzo rozmaitéj wielkości, czasem tak obszerny, że palec wchodzi weń z łatwością, w innych przypadkach zaledwie wsunąć można koniec palca. Jeżeli cięcie prowadzono czysto, tkanki krwią niezamazane od pocierania wacikami, a brzegi rany stale trzymane w oddaleniu od siebie, w takim razie wybornie widać oba słupy przewodu pachwinowego, oraz nitki błyszczące perłowego koloru *(fibrae arcuatae s. intercolumnares)*, z pod których wychodzi wiąz okrągły, który kończy się tu na poduszeczce tłuszczowéj wypełniającéj przewód, oraz okolicę na wewnątrz od niego; w tłuszczu téj poduszeczki i na jéj powierzchni gubią się włókna więzu okrągłego. Jeżeli otwór przewodu jest większy, to pod włóknami łukowatemi widać i sam wiąz jako twór okrągły różowo mięsny; w każdym razie widać dokładnie poniżéj i powierzchowniéj od więzu wychodzący z pod owych włókien razem z więzem nerw rodny *(ramus genitalis nervi genitocruralis Gray. Anatomie descriptive and surgical, — n. spermaticus externus.* Henle). Nerw ten może służyć za dobrego przewodnika przy odszukaniu więzu, a poznać go łatwo po białawéj barwie i towarzyszącéj mu żyłce, która charakterystycznie od niego odbija. Teraz następuje odosobnienie końca więzu — akt operacyi najtrudniejszy. W tym celu szczypczykami anatomicznemi zamkniętemi odłuszcza się tkankę, wypełniającą otwór przewodu pachwinowego od ramion tegoż kanału, poczêm, jeżeli widać wiąz, chwyta się go, jeżeli go nie widać wyraźnie, to wszystkie tkanki wysuwające się z pod *fibrae intercolumnares* ujmuje się w kleszczyki Koeberlégo, omijając nerw rodny, który odsunięty pozostaje ku dołowi. Ponieważ im daléj od punktu wyłonienia się więzu z pod *fibrae arcuatae*, têm pierwiastki stanowiące wiąz okrągły są bardziéj rozszczepione wachlarzowato i porozdzielane tłuszczem, przeto najpewniéj ujmować wiąz jak najbliżéj punktu wyłonienia się. W jednym przypadku, gdzie otwór

zewnętrzny przewodu pachwinowego był bardzo ciasny, nadciąłem *fibrae arcuatae*, aby bardziéj dośrodkowo schwycić wiąz tam, gdzie on jeszcze jest mocniejszy, w kształcie okrągłego wałeczka. Czasem, jak to widziałem w jednym przypadku, z pod włókien łukowatych po więzie okrągłym schodzi kilka pęczuszków m. skośnego mniejszego, które również można ująć, a wtedy napotyka się znaczny opór przy następnym akcie operacyi przy wyciąganiu więzów okrągłych.

Skoro już mamy napewno odosobniony wiąz, ustawia pomocnik macicę wypadłą, opuszczoną lub pochyloną w tyl w położeniu prawidłowém, poczém ująwszy w palce wiąz, pociągamy zań dość mocno. Zazwyczaj z początku wyciąganie więzu idzie oporem, skoro jednak uda się pierwszy kawałek wyciągnąć, następne części wysuwają się łatwiéj. Radzę koniecznie wyciągać wiąz palcami, gdyż kleszczykami Koeberlégo lub szczypczykami anatomicznemi zanadto się zgniata, a wtedy łatwo się może oderwać i sprawić trudność w dokończeniu operacyi. Przy wyswobadzaniu w ten sposób więzu części miękkie otaczające go wyciągają się z nim również do pewnego stopnia, tak jak palce od rękawiczki przy pośpiesznem jéj zdejmowaniu. Ponieważ wciąga się w ten stożek tkanki około więzu i sama otrzewna, jak o tém można się przekonać na trupie, przeto należy ostrożnie oddzielać paznogciem tkankę otaczającą wiąz a wyciągającą się z nim w kształcie stożka od więzu, lub kleszczykami anatomicznemi, zwłaszcza od dołu, gdzie zawsze tworzy ona rodzaj wędzidełka dość mocnego. (C. d. n.).

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Zachowując u zwierzęcia także rdzeń przedłużony i usuwając tylko wyższe części mózgu, oprócz odruchów możemy spostrzegać jeszcze pewne ruchy samoistne, np. oddychanie. Ruchy te przez podrażnienie pewnych nerwów możemy przyspieszać lub zwalniać, zwiększać lub zmniejszać, a nawet zatrzymać je zupełnie na pewien czas; oczywiście, że i tu stan czynny pewnych nerwów podnosi pobudliwość, a w skutek tego i czynność ośrodków, od których te ruchy zależą, stan czynny innych obniża ją, to jest działa na ośrodki tamująco. W rdzeniu przedłużonym, jak wiadomo, istnieje także pewna grupa ośrodków, których stan czynny tamuje podobne samoistne ruchy serca. Jeżeli wyjmiemy rdzeń razem z przedłużonym ze stosu kręgowego, zachowując przynajmniéj dwa nerwy, wychodzące z rdzenia (np. nerwy kulszowe) i w sposób odpowiedni przyłożymy bieguny bardzo czułego multyplikatora, możemy wykazać, że w rdzeniu przedłużonym powstaje okresowo prąd elektryczny, który wywołuje pewne odchylenie igły magnesowéj multyplikatora. Prąd ten ztąd pochodzi, że pewne ośrodki rdzenia przedłużonego okresowo popadają w stan czynny i że przytém napięcie elektryczne staje się w nich niższém aniżeli w ośrodkach, pozostających w spokoju. Jeżeli, obserwując te okresowe wahania igły magnesowéj podrażnimy nerwy, zostające w związku z rdzeniem, to wahania igły ustają lub stają się coraz rzadszemi i słabszemi. Zjawisko to możemy wytłumaczyć tylko w ten sposób, że rzeczywiście stan czynny zostaje zatamowany w samych ośrodkach nerwowych (Seczenow [54]). Idąc daléj drogą doświadczalną możemy u zwierzęcia usunąć tylko półkule mózgowe lub korę mózgową. Zwierzę w ten sposób operowane zachowuje prawidłową postawę, posiada zdolność utrzymywania równowagi ciała, ale pozostaje w zupełnym spokoju, dopóki na nie nie podziała jakakolwiek podnieta, w ostatnim przypadku zmienia miejsce: żaba naprzykład skacze, gołąb może latać, kaczka pływać itd.; ruchy te są zupełnie prawidłowe lecz nie zależą od woli zwierzęcia, są czysto mechaniczne; zwierzę nie może ich zatrzymać i porusza się dopóty, dopóki nie napotka pewnéj przeszkody, w obec któréj znowu się uspokaja. Sąto więc także odruchy, tylko bardziéj złożone, aniżeli w rdzeniu. Jeżeli u tak operowanéj żaby podrażnimy skórę na grzbiecie lub z boku przez dotknięcie palcem, to żaba skrzeczy, przytém odpowiada odruchowo na każde dotknięcie, czego nigdy nie można otrzymać, jeżeli mózg jest nieuszkodzony; lecz jeżeli jednocześnie z podrażnieniem skóry na grzbiecie uciśniemy jednę łapkę, to podrażnienie skóry zostaje bez skutku, żaba głosu nie wydaje. Ucisk więc łapki, wywołując stan czynny w pewnych ośrodkach rdzenia, oddziałał jednocześnie tamująco na mechanizm głosowy. Weźmy teraz zwierzę w stanie zupełnie prawidłowym np. szczenię i odsłońmy mu półkule mózgowe; wiadomo, że podrażnienie pewnych okolic przednich powierzchni półkul wywołuje ruchy przedniéj lub tylnéj odnogi po stronie przeciwległéj. Jeżeli oznaczywszy siłę podniety, która wywołuje pewien słaby ruch odnogi, podsuniemy kawał mięsa do nosa zwierzęcia, będziemy je wabić lub głaskać i jednocześnie powtórnie podrażnimy oznaczone miejsce kory mózgowéj, to ta sama podnieta już nie wywołuje żadnego ruchu. Zwrócenie więc uwagi zwierzęcia na pewien przedmiot i sprowadzony przez to stan czynny innych ośrodków kory mózgowéj obniżyło pobudliwość ośrodków psychomotorycznych.

Heidenhain i Bubnow [55]), badając ośrodki psychomotoryczne, zauważyli że w pewnym okresie zatrucia morfinem podrażnienie motorycznych ośrodków kory mózgowéj wywołuje tężec odpowiedniéj odnogi, który trwa i po usunięciu podrażnienia; jeżeli podczas trwania takiego skurczu podrażniono jeden z narządów zmysłowych np. oko, skórę itd., to tężec nagle ustępował.

Z przytoczonych faktów widzimy, że w całym układzie nerwowym istnieje zupełna jednostajność, że wpływy, wywołujące stany czynne tych lub owych ośrodków, podnoszące ich pobudliwość, jednocześnie obniżają pobudliwość innych ośrodków, zawieszają ich czynność i służą jako impulsy tamujące.

Każdemu z własnego doświadczenia wiadomo, że znaczną część odruchów możemy powstrzymać wpływem woli. Jeżeli np. ukluwa się niespodzianie kogo w palec, to ruch, w skutek którego rękę się usuwa z pod działania podniety, można wcześniéj wykonać niż wrażenie bólu dojdzie do świadomości; jeżeli jednak osoba, na któréj doświadczenie przedsiębierzemy, jest uprzedzoną o tém, to wpływem woli może zatrzymać rękę w miejscu, nawet jéj nie poruszyć. W tym przypadku wola jest czynnikiem tamującym mechaniczną czynność ośrodków odruchowych rdzenia.

Wszystkie doświadczenia fizyjologiczne na zwierzętach z jednéj strony i spostrzeżenia kliniczne na ludziach z drugiéj świadczą nam zgodnie o tém, że układ nerwowy w stanie prawidłowego rozwoju przedstawia prawie nieskończony szereg rozmaitych mechanizmów, złożonych z ośrodków nerwowych i narządów obwodowych. Czynność każdego takiego mechanizmu odbywa się do pewnego stopnia autonomicznie,

niezależnie od innych, a nawet po zupełnem zniszczeniu innych (regulacyja ruchów serca, oddychanie, odruchy, połykanie, czynność gruczołów itp.); stan czynny tych mechanizmów można wywołać tak przez podniety zewnętrzne, jak również przez pewne impulsy wewnętrzne, pochodzące od innych mechanizmów. Pomimo autonomii, jaką każdy mechachanizm do pewnego stopnia posiada, pozostają wszystkie w pewnym związku z sobą i mogą wzajemnie oddziaływać na siebie: czynność jednego może wywołać lub zatamować czynność innych. Stanom czynnym, choćby najbardziéj skomplikowanych mechanizmów, których ośrodki nie sięgają do kory wielkich półkul mózgowych, o ile na podstawie spostrzeżeń na zwierzętach sądzić można, wcale nie towarzyszy świadomość, jak to już wyżéj zaznaczyliśmy i tylko czynności kory mózgowéj posiadają tę dla nich charakterystyczną cechę.

Podział ośrodków na grupy, przeznaczone jak gdyby tylko do specyjalnych czynności, dotyczy także kory mózgowéj. I tu znajdujemy podobnie wyróżnione ośrodki np. psychomotoryczne, ośrodki mowy, ośrodki wzrokowe itp. W skutek tych stosunków w układzie nerwowym stany czynne wywołane w jakikolwiekbądź sposób w narządach zmysłowych lub w ogóle w nerwach czuciowych mogą zataczać, przenosząc się po nerwach, łuki rozmaitéj wysokości i tylko przy pewnych warunkach dochodzić do kory mózgowéj i tu się dostawać do świadomości, lecz przeważna część tych stanów pozostaje poza obrębem świadomości. Każdy taki stan czynny ośrodków téj lub innéj grupy, czyli t. zw. wrażenie, pozostawia po sobie pewne ślady w układzie nerwowym i im w wyższych grupach jest wrażenie wywołane, tém ślady są wybitniejsze i trwalsze: chociaż w każdym razie z czasem zupełnie się zacierają. Wrażenia więc dochodzące do świadomości są najbardziéj trwałe. Jedna i taż sama podnieta, działająca na ten sam narząd przy jednostajnych warunkach, wywołuje zawsze stan czynny tych samych narządów ośrodkowych i im częściéj się powtarza, tém łatwiéj się otrzymuje i tém trwalsze pozostawia za sobą zmiany. Pewne cechy zjawiska każdego, służące jako podniety dla rozmaitych narządów układu nerwowego, wywierają wrażenia, które zostają ze sobą w pewnym stosunku, ztąd powstają najpierwsze pierwiastki psychiczne, nad któremi operuje nasza myśl: wyobrażenia i uczucia. Jeśli takie wrażenia powtarzają się często, to nawet jedno z nich może wywołać inne, t. j. same wyobrażenia lub uczucie. Jakkolwiek nie jesteśmy w stanie do dziś dnia oznaczyć, gdzie właściwie ma miejsce skojarzenie się odpowiednich wrażeń dla wywolania wyobrażeń i uczuć, to jednak zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż przy dostawaniu się tych stanów do świadomości przyjmuje udział kora mózgowa. Lecz objawy zewnętrzne w postaci ruchów mogą towarzyszyć tak wyobrażeniom, uczuciom jak i innym stanom i bez udziału świadomości, jak to można widzieć z przytoczonych wyżéj przykładów. Ponieważ obserwując innych o stanach psychicznych możemy sądzić tylko na podstawie objawów zewnętrznych, a z drugiej strony na podstawie osobistego doświadczenia wiemy, że pewne objawy towarzyszą pewnym stanom psychicznym, których jednak osoba obserwowana może być nieświadomą, sądzimy więc, że te stany powstały lecz nie doszły do świadomości i w tym sensie możemy mówić o nieświadomém wyobrażeniu, uczuciu, afekcie itp.

Nie wchodząc w dalszy szczegółowy rozbiór czynności psychicznych jako przekraczający zakres naszego zadania, musimy się jednak zatrzymać jeszcze nad temi z nich, które mają doniosłe znaczenie dla wyjaśnienia hypnotyzmu.

Jakkolwiek nie możemy wytłumaczyć sobie, w jaki sposób ze spraw niewątpliwie materyjalnych w komórkach nerwowych powstaje świadomość, to jednak mamy dowody, że ona nie jest stanem ciągłym, nieprzerwalnym, że przeciwnie, stany psychiczne świadome kolejno po sobie dochodzą do świadomości, że między niemi istnieją mniejsze lub większe luki i że ta sprawa dostawania się do świadomości może ulegać rozmaitym zmianom, może być nawet zupełnie zawieszoną, np. we śnie lub pod wpływem środków odurzających. Każdemu wiadomo, że skupienie uwagi na pewne wrażenie, pewną czynność lub myśl, przeszkadza dostaniu się do świadomości innych wrażeń, tak że w polu świadomości na raz może być tylko jedno wrażenie lub inny stan psychiczny, np. wyobrażenie, a więc tylko jeden lub pewna mała grupa ośrodków nerwowych kory mózgowéj może zostawać w stanie czynnym. Oczywiście, że jeśli w tym samym czasie otrzymujemy masę innych wrażeń i te nie wywołują odpowiednich stanów w korze mózgowéj, to musimy przypuścić, że inne ośrodki są zatamowane. Skupienie więc uwagi na jedno wrażenie, ztąd stan czynny jednych ośrodków tamuje inne ośrodki świadomych czynności i nie wpływa, a w każdym razie oddziaływa w daleko mniejszym stopniu na czynność niższych warstw mózgu. Otrzymane w tym czasie w niższych ośrodkach wrażenia nieświadome mogą przy odpowiednich warunkach także podnieść się do świadomości. Podczas pracy, która wymaga wielkiego skupienia uwagi, możemy na razie nie słyszeć zapytania lub rozmowy innéj osoby, jeśli jednak wkrótce odwrócimy uwagę od zajmującego nas przedmiotu, to nietylko możemy sobie przypomnieć treść zapytania, ale i inne szczegóły, których przed chwilą nie byliśmy świadomi. Skupienie uwagi wpływa jednak niewątpliwie i na czynności odruchowe a nawet i samoistne np. mruganie powiekami, oddychanie. Osborn [49]) podaje, że pewna osoba, która w 5 minut mrugała 62 razy, zajęta pewną myślą, wykonała tylko 17 mrugnięć. Przytoczone wyżéj zmiany w tętnie podczas pewnych stanów psychicznych można uważać także za skutek wpływu tych stanów na ośrodki nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym. W każdym jednak razie zmiany te są bardzo nieznaczne i dziś możemy z pewnością twierdzić, że sprawa dochodzenia do świadomości jednych wrażeń nie przeszkadza bynajmniéj otrzymywaniu wrażeń nieświadomych a nawet nieświadomemu na nie oddziaływaniu. Sfera tych nieświadomych, automatycznych czynności naszych jest prawdopodobnie nawet znacznie większą od sfery świadoméj; nietylko proste i złożone odruchy, utrzymanie równowagi ciała, mimika, gesty itp. są takiemi czynnościami, lecz także pewne czynności bardziéj skomplikowane a nawet psychiczne, jak to widzimy n. p. we śnie. Tak Chambar [56]) opisuje następujący fakt: Doktor Veron zaprosił pewnego wieczora do siebie kilka baletniczek z ich matkami. Po obfitych libacyjach podczas kolacyi szanowne matrony zapadły w sen głęboki. Widząc to Dr. V. krzyknął silnym głosem: *Cordon, s'il vous plait*; na ten rozkaz śpiące matrony powstały i zupełnie machinalnie zaczęły wykonywać zgodnie tradycyjne giesta, wykazując tém swą dawną profesyję, o czém nawet ich córki dotąd nie wiedziały.

Oczywiście więc, że jeśli pewne czynności wielokrotnie się wykonywa, to układ nerwowy posiada wszystkie niezbędne do wykonywania ich czynniki i najmniejszy wewnętrzny

lub zewnętrzny bodziec wystarcza, aby odpowiedni mechanizm wprawić w ruch, przytém najłatwiéj, jeżeli sprawa uświadomienia się w tym czasie jest przytłumiona lub zawieszona. W ten jednak sposób można wykonywać tylko te czynności, które organizm już przedtém wykonywał, we wszystkich zaś innych przypadkach świadome ruchy zostają zawsze pod kontrolą wrażeń zmysłowych. Kontrola ta w skutek doświadczenia i wprawy odbywa się nawet do pewnego stopnia nieświadomie.

Bez odpowiednich wrażeń zmysłowych, nawet w stanie prawidłowym, przy zupełnéj świadomości pomimo woli, nie jesteśmy w stanie wykonywać pewnych ruchów dokładnie, tak np. jeśli w absolutnéj ciemności staramy się dotknąć ostatniéj iskierki dogasającéj zapałki, to zwykle nie możemy trafić. Jeszcze wybitniéj występuje to znaczenie wrażeń zmysłowych w stanach chorobowych, tak np. we wiądzie rdzenia *(tabes dorsalis)*. Strümpell [57]) przytacza jeden przypadek, w którym pewna osoba, cierpiąca na zupełne znieczulenie skóry, przy otwartych oczach wykonywała ręką wszystkie ruchy bardzo dokładnie; jeżeli jednak proszono jéj, aby wykonała pewne ruchy przy zamkniętych oczach, to przez cały czas stała zupełnie spokojnie (nie wykonywając najmniejszych ruchów) twierdząc, że ruchy, które jéj poruczono wykonać, wykonywa; oczywiście, że w tym razie powstawały tylko wyobrażenia ruchów podobnie jak we śnie, lecz ruchy same nie zostały wykonane dla braku kontrolujących wrażeń w danym przypadku wzrokowych. Że układ nerwowy nietylko posługuje się nowemi wrażeniami, lecz za pomocą ich przystosowuje się do nowych warunków, można widzieć z następującego doświadczenia Helmholtza [58]). Jeżeli weźmiemy dwa pryzmaty z kątem załamującym od 16—18 stopni i umieścimy oba przed oczami tak, aby przedmioty zewnętrzne były odchylone w jednę stronę, np. w lewą i będziemy patrzyli na pewien przedmiot, potém zamkniemy oczy i będziemy się starali dotknąć go ręką, to ręka zwykle szuka go w lewo od miejsca, na którém się znajduje, lecz powtarzając odszukiwanie przedmiotu przez pewien czas, stosunkowo prędko uczymy się trafiać do niego. W tym więc krótkim czasie musiała nastąpić zmiana w stosunku, jaki istniał pomiędzy wrażeniami wzrokowemi a odpowiednim ruchem ręki. Układ nerwowy przystosował się do nowych warunków drogą doświadczenia. Jeśli teraz zdejmiemy okulary lub usuniemy pryzmaty, spojrzymy na nasz przedmiot, zamkniemy oczy i będziemy się starali ponownie dotknąć go palcem, to znowu nie odnajdujemy go, ponieważ szukamy więcéj w prawo. Otrzymane wrażenie nie odpowiada nabytemu przed chwilą doświadczeniu i musimy go na nowo zmodyfikować za pomocą nowych wrażeń. (C. d. n.)

III. O aklimatyzacyi w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu malajskim.

Podał
Dr. Maksymilijan Gumplowicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Co się powyżéj powiedziało o pracy fizycznéj nie tyczy się jednak bynajmniéj ciężkiéj pracy, do jakiéj n. p. robotnicy w Europie przywykli, a tém mniéj takiéj pracy, jakiéj wymaga uprawa roli. Ostrożność w téj mierze jest dla Europejczyka zawsze wskazaną, zwłaszcza co do pracy pod palącemi promieniami słońca równikowego, jeśli się nie chce narazić na groźne nieraz przekrwienie mózgu lub szybko następujące wycieńczenie sił. W marynarce i w wojsku holenderskiém istnieją pod tym względem ściśle, wiekowém doświadczeniem uświęcone przepisy, nad których przestrzeganiem z obowiązku czuwają lekarze. Tak n. p. na okrętach wojennych w Indyjach przez dzień rozciągniętym bywa namiot, tak że ludzie zwykłe roboty dzienne około okrętu zawsze w cieniu odbywają. W południe od 11téj do 2giéj godziny wszelka robota ustaje. Przy pracy poza okrętem zmieniają ludzi przynajmniéj co 2 godziny. Podobne przepisy istnieją w wojsku. Gdzie i kiedy przepisów tych zaniedbano, jak tego nieraz przy ekspedycyjach wojskowych w głąb kraju uniknąć nie można było, wynikały ztąd smutne następstwa, zapisane w kronikach licznych wypraw wojennych, jakich od dawien dawna kolonije holenderskie bywały widownią. Jeszcze mniéj zdatnym jest Europejczyk do pracy w polu w tamtych stronach, o ile że samo przekopywanie wilgotnego gruntu naraża na ciężkie postacie zimnicy, a projekty kolonij rolniczych europejskich pod klimatem gorącym prawdopodobnie nigdy się nie ziszczą, gdyby nawet stosunki ekonomiczne na to kiedy zezwoliły.

Wspomnieć wreszcie muszę o, że się tak wyrażę, aklimatyzacyi umysłowéj. Osoby przyzwyczajone brać nieco żywszy udział w ruchu umysłowym europejskim ciężko uczuwają zastój lub zupełny brak tego ruchu w Indyjach. Jeśli już w wielkich miastach o życiu naukowém, literackiém lub artystyczném zaledwie mowa być może, to w małych, odosobnionych, odległych, nieraz najskromniejszym nawet wymaganiom życia towarzyskiego zadość uczynić nie podobna. Z samego początku książki, dzienniki i listy zastąpić po części mogą ten brak pobudek umysłowych; z czasem jednak głosy te europejskie wydają się jakby odległe coraz słabniejące echo, na które się coraz mniéj uwagi zwraca. Powstaje ztąd u niektórych osób nostalgija, zmuszająca do powrotu do Europy. Daleko częściéj okazuje się, zwłaszcza po dłuższym czasie pobytu, rodzaj stępienia umysłowego, brak inicyjatywy i obojętność na wszystko, które w wyższym stopniu czynią nieraz wrażenie głębszego zaburzenia psychicznego. Bywają jednak i ludzie tak szczęśliwie usposobieni, że „drzwi od Europy zamknąwszy hałasu,“ całą potęgę swego umysłu zwracają ku sprawom indyjskim w ogóle, a przedewszystkiém ku sprawom swego zawodu. Tacy ludzie stają się pożytecznymi obywatelami i dobroczyńcami krajów kolonijalnych, dla nich Indyje są rajem na ziemi, za którym tęsknią, jeśli ich kiedy los znowu do Europy sprowadził i do którego, jeśli mogą, wracają. Właściwie o takich tylko ludziach powiedzieć można, że się zupełnie zaaklimatyzowali.

Choroby aklimatyzacyję utrudniające. Choroby, które aklimatyzacyję Europejczyków w archipelagu malajskim najczęściéj utrudniają, są: nieżyty przewodu pokarmowego i różne formy zimnicy, wreszcie cholera, o ile znaczną śmiertelność dzieci sprawia. Inne choroby endemiczne są albo nierównie rzadsze, jak np. dysenteryja i ropnie wątroby, lub zdarzają się wyjątkowo tylko u Europejczyków jak *Beri-Beri*.

Nieżyty przewodu pokarmowego. Za przybyciem do krajów gorących Europejczyk bądź dobrowolnie, bądź okolicznościami zmuszony znacznie zmienia tryb i sposób żywienia się. Wielu wiktuałów w Europie codziennie używanych, jak masła, séra, różnych gatunków mięsa, owoców europejskich, w Indyjach albo wcale nie dostanie, albo tylko w formie skonserwowanéj, która i smak potrawom odbiera i mniéj strawnemi je czyni. Dołącza się do tego trudność

przechowywania niektórych potraw, zwłaszcza mięsa i ryb w dobrym stanie nawet przez kilka lub kilkanaście godzin w obec ciepłoty zwykłéj między 26—28° C i znacznéj wilgoci powietrza. Ztąd nieraz nawet przy największéj przezorności dostają się na stół potrawy już lekko nadpsute. Podczas gdy Anglicy w swych kolonijach mimo tych trudności obstają przy swoim stole, przy ulubionych bifsztykach, rostbifach i mocnych napojach, Holendrzy w swoich kolonijach co do pokarmu przyjmują częściowo zwyczaje krajowców. Powstaje ztąd zupełnie odrębny nigdzieindziéj nieznany stół europejsko-indyjski. Składa się on głównie z tak zwanego „stołu ryżowego“ (*rysttafel*) w południe, t. j. z gotowanego ryżu z dodatkiem polewki, pieczonych kurcząt, ryb, jarzyn i t. d., wszystko to zaprawione wielką ilością nadzwyczaj ostrego pieprznika indyjskiego (*capsicum annuum* i inne gatunki) i z „obiadu europejskiego“ pod wieczór spożywanego, t. j. z rosołu, potraw mięsnych i jarzyn bądź krajowych, bądź konserwowanych europejskich. Rozliczne gatunki przepysznych owoców indyjskich, których przez cały rok zawsze jest poddostatkiem, daléj kawa i herbata, wina czerwone francuskie, a co gorsza wódka nieraz, nad miarę używane, uzupełniają ten szczególny sposób odżywienia, wcale nie na słabe żołądki obliczony. Rzecz jasna, że taki pokarm nieraz sprowadza nieżyty żołądka. Wprawdzie sam klimat zdaje się wymagać nieco więcéj przypraw drażniących do pokarmu, bez których rzeczywiście trudno się tam obejść. Nadużywanie jednak pieprznika i podobnych przysmaków samo przez się lub téż w połączeniu z niezbyt mierném użyciem wódki wywołuje często nieżyty żołądkowe, których głównym objawem bywają ranne wymioty z oddawaniem większéj ilości śluzu kwaśno oddziaływającego, niekiedy żółcią zabarwionego mocno. Co do funkcyi kiszek szczególny rodzaj lekkiego zaburzenia nadzwyczaj jest rozpowszechnionym pomiędzy Europejczykami. Polega mianowicie na tém, że po rannym zupełnie normalnym stolcu w jakie dwie godziny następuje drugi, wolny, połączony z burczeniem i wywiązywaniem się cuchnących gazów. Gdy ten drugi stolec odpowiada pod wieczór użytemu pokarmowi, o czém się najłatwiéj przekonać przez dodanie wina czerwonego do wieczerzy, zdaje się, że trawienie żołądkowe pod wieczór jest upośledzoném, w skutek czego nienależycie strawiony pokarm w dalszym biegu ulega nieprawidłowemu rozkładowi. Inne zaburzenia odpowiadające bądź podrażnieniu kiszki cienkiéj, bądź kiszek grubych i odbytnicy, przypisać należy używaniu niektórych owoców. Z licznych mianowicie owoców krajom gorącym właściwych niektóre są wcale nieszkodliwe, jak nadzwyczaj pospolity, w rozlicznych gatunkach znany, nigdy na stole indyjskim niebrakujący „pisang“ (*Musa sapientium, paradisiaca* i t. d.), *Carica papaya*, *Garcinia mangostana* i inne, wiele istot skrobiowatych zawierające. Natomiast inne owoce często szkodliwy wpływ wywierają, bądź że zawierają pierwiastki mocno drażniące, jak n. p. *Ananassa sativa*, bądź że są trudno strawne, jak *Canarium commune*, bądźtéż, że zawierają zupełnie niestrawne drobne nasiona i włókna, mechanicznie drażniące przeważnie dolną część przewodu pokarmowego, jak n. p. *Psydium*, *guajava*. Niektóre osoby nie znoszą takich owoców nawet w małéj ilości i po kilku niemiłych próbach i doświadczeniach zupełnie od nich się wstrzymują, aby się uchronić od nieżytu kiszek. Inni mniéj ostrożni nabawiają się pierwéj czy późniéj nieżytów kiszkowych, mających skłonność do przybrania cechy przewlocznéj. Często nieżyty dolnych części przewodu pokarmowego, a mianowicie odbytnicy, zwolna przechodzą w *enteritis follicularis*, która zwykle w Indyjach uchodzi za „dysenteryję.“ Rzeczywista dysenteryja zdaje się jednak i w Indyjach być dość rzadką; na okrętach ani jednego przypadku nie widziałem, w wojsku częściéj się wydarza, zwłaszcza przy męczących wyprawach wojennych w głąb kraju.

Nieżyty kiszkowe powstać daléj mogą w skutek przeziębienia, tak przynajmniéj tłumaczą fakt, że w okolicach górskich wysoko położonych, gdzie noce bywają o wiele chłodniejsze, nieżyty kiszkowe bardzo są rozpowszechnione.

Niekiedy wydarzają się po spożyciu niektórych gatunków ryb i raków gwałtowne napady wymiotów i rozwolnienia, robiące wrażenie otrucia, prawdopodobnie ptomainami w spożytym pokarmie zawartemi. Dodać wreszcie musimy, że i takie bywają osoby, które i wszelkie zmiany w ciepłocie i zdumiewającą ilość wszelkiego rodzaju owoców indyjskich bez szkody znoszą.

Zimnica. Po chorobach przewodu pokarmowego zimnica w Indyjach jest najczęstszą chorobą w ogóle, a szczególnie najczęstszą przyczyną następowéj niedokrewności. Na blisko 2000 przypadków chorobowych wszelkiego rodzaju, jakie mi się w czasie mego pobytu w Indyjach wydarzyły, przypada 20% na zimnicę. Licząc osobno pacyjentów okrętowych, między którymi choroby weneryczne liczebnie pierwsze zajmują miejsce, procent ten zawsze jeszcze wynosi 10 od sta ogółu przypadków leczonych. Zimnica w archipelagu malajskim występuje w rozmaitych formach po części ściśle nacechowanych i dokładnie dających się oddzielić. Rozmaite te formy w widocznym pozostają związku ze stosunkami miejscowemi tak dalece, że niektóre pomiędzy niemi jako popularne *epitheton ornans* noszą nazwę miejscowości, w któréj głównie panują, jak n. p. febra z Onrust, Tjilatjap, Atjeh i t. d.

Najczęstszą a zarazem najlżejszą formą mniéj lub więcéj na całym obszarze archipelagu rozpowszechnioną jest zwykła *febris intermittens quotidiana i tertiana*. O tyle się tylko różni od europejskiéj, że średnio biorąc paroksyzmy wyższą okazują ciepłotę, że jednak i wysoka ciepłota do 41° bynajmniéj nie jest *mali ominis* i że zwalczenie téj zimnicy większych wymaga dawek chininu niż w Europie. Zresztą przy energicznéj terapii zimnica ta zwykle ustępuje po jednéj lub dwóch recydywach.

W innych przypadkach zimnicy, mimo najenergiczniejszéj terapii (2—4 gramów chininu na dobę i więcéj) pierwotne paroksyzmy powtarzają się przez dłuższy czas a po ich ostateczném ustąpieniu w krótszych lub dłuższych ustępach ciągle nowe następują recydywy, prowadzące ostatecznie do niedokrewności i charłactwa. Takiego rodzaju zimnice wydarzają się jedynie w miejscach niezdrowych, bagnistych, często w zabudowaniach na wilgotnym gruncie (nad brzegiem rzeki) wystawionych. Słynie z nich kraj Atjeczyków na północno-zachodnim krańcu Sumatry, daléj w wielkich miastach nadmorskich miejscowości tuż nad portem i przy ujściu rzeki położone, zwłaszcza w czasie przejścia z pory suchéj w deszczową i na odwrót. Co do terapii w niektórych przypadkach, gdzie chinin nie skutkuje, arszeniku jeszcze z dobrym skutkiem użyć można. Główną jednak terapiją w takich przypadkach jest jak najrychlejsza zmiana klimatu. Najuporczywsze zimnice, w okolicach nadmorskich nabyte, zwykle za przybyciem do zdrowych okolic górskich na 2000—3000 stóp wzniesionych, jakby cudem odrazu znikają i to bez dalszego użycia chininu. Szczególnéj sławy w tym względzie używa

miejsce Malang o 4 godziny koleją od wielkiego miasta handlowego Surabai odległe i w górach położone, o którego błogich zadziwiających skutkach sam się przekonałem. W przypadkach, gdzie i pobyt w górach indyjskich nie pomaga, powrót do Europy jest wskazanym.

Dalszą formę zimnicy odróżniéby można pod nazwą *febris remittens perniciosa*. Jeżeli pierwsze trzy paroksyzmy chociaż niezbyt wysokie (39—39·5°) nie przerwane są czystą intermisyją, lecz tylko oddzielone remisyją na 38—38·5°, na samym wstępie już źle rokować można: nastąpi niechybnie albo nader uporczywa forma z różnemi powikłaniami, albo co gorsza, gwałtowny ostry przebieg z ciepłotą do 42° i zejściem śmiertelném w przeciągu 8—10 dni. Przypadki takie wydarzają się jedynie przy szczególnym zbiegu zgubnych wpływów miejscowych i czasowych. Na okrętach cztery tylko tego rodzaju przypadki widziałem, z których trzy śmiercią się zakończyły, los czwartego, w szpitalu na Atczynie pozostawionego, jest mi nieznanym. Wszystkie zaś wydarzyły się podczas reparacyi okrętu w dokach (warsztatach okrętowych) bagnistym terenem otoczonych lub w napół wysuszonych basenach. Największe dawki chininu (6—8 gramów na dobę) wewnętrznie i podskórnie stosowane pozostają bez wpływu na przebieg choroby, jak w ogóle wszelka terapija (zimne kąpiele) jest bezskuteczną.

Od téj formy zgubnéj zimnicy odróżnić wypada inną, również gwałtownie występującą, która jednak po kilku paroksyzmach przybiera cechę przewlokłą, a wreszcie rozpada się niejako na szereg łagodnych na pozór, ale nader uporczywych i zwolna wyniszczających recydyw. Zdarzyło mi się widzieć kilkanaście takich przypadków, po większéj części pochodzących z osławionego w téj mierze portu Tjilatjap. W jednym z tych przypadków po wyjeździe z Tjilatjap powtarzały się co 3 tygodnie kilkodniowe recydywy z ciepłotą między 38° a 38·3°, wejrzenie zwolna się pogarszało, po 8miu miesiącach wytworzył się twardy naciek na łydkach, przypominający *scleroderma neonatorum*, daléj rozpościerające się plamy jakby gnilcowe na ramionach i udach, a w 10 miesięcy po ewakuacyi nastąpiła śmierć. W innym przypadku, który widziałem w r. 1885 w Indyjach, a następnie za powrotem do Holandyi, recydywy powtarzały się jeszcze po 1½-letnim pobycie w Europie.

Zwrócić wreszcie musimy uwagę na szczególną formę zimnicy epidemicznéj, właściwą wyłącznie krajom gorącym, a któréj istota właściwa dotąd nie jest ściśle oznaczoną, chociaż już była przedmiotem szczegółowych badań i sumiennéj pracy. [1]) Przebieg poszczególnych przypadków tém się odznacza, że po kilku lub kilkunastu paroksyzmach, a zatém po upływie kilku dni do kilku tygodni następują nagłe silne wymioty i rozwolnienie, w dalszym ciągu stan przypominający *stadium algidum* cholery, a wreszcie w wielu przypadkach zejście śmiertelne. Choroba ta okazuje się zwykle w silnych epidemijach równocześnie z licznemi przypadkami zwykłéj *intermittens* i z pojawieniem się cholery. Od cholery różni się silną gorączką, a przedewszystkiem *ex juvantibus*, o ile, że chinin w wielu przypadkach okazuje się skutecznym. Różne jéj już nadawano nazwy, z których przez Francuzów używana *febris algida* niczego nie przesądza. O ile mi wiadomo, choroba ta dotąd jeszcze nie była przedmiotem badań bakteryjologicznych. Od roku 1884—1886 panowała tego rodzaju gwałtowna epidemija na licznych wyspach rozciągających się od północno-wschodniego krańca wyspy Celebes (Menado) ku hiszpańskim Filipinom. [2])

Cholera. Cholera na całym prawie obszarze archipelagu malajskiego jest endemiczną. Tylko niektóre wysoko położone okolice górskie mają być podobno wolnemi od cholery. Sporadyczne przypadki zawsze i wszędzie się wydarzają, od czasu do czasu tu lub owdzie silniejsza epidemija. Szczególnie zagrożonemi są w takich czasach dzieci rodzin europejskich, niemało jednak i Europejczyków w sile wieku pada ofiarą cholery. Na okrętach cholera okazuje się, o ile ją ludzie w czasie pobytu na stałym lądzie nabywają. Na okrętach jednak wojennych, zwłaszcza na nowych, żelaznych i należycie pod względem sanitarnym dozorowanych, gaśnie z ewakuacyją pierwszych przypadków. Na starych okrętach drewnianych i w ogóle na źle utrzymywanych zdarzają się nieraz miejscowe epidemije.

Inne choroby endemiczne mniéj są ważne ze względu na kwestyję aklimatyzacyi Europejczyków, o ile albo w ogóle rzadko się wydarzają, albo też o ile głównie znajdują się u krajowców, a tylko wyjątkowo u Europejczyków. Do tych należą ropnie wątroby, których sposób powstawania dotąd jest niewyjaśnionym i *Beri Beri*, prawdopodobnie *polyneuritis ascendens* na tle miazmatyczném, która wyjątkowo tylko Europejczyków napada. Z chorób skórnych endemicznych trąd w różnych formach między ludnością krajową archipelagu dość rozpowszechniony, jeśli okazuje się kiedy, to nadzwyczaj rzadko u Europejczyków czystéj krwi. Tak zwana *Framboesia (Yaws, Papilloma tropicum)* również rzadko, *ichthyosis* zaś, w niektórych częściach archipelagu nadzwyczaj rozpowszechniona, o ile mi wiadomo, nigdy u Europejczyków w tamtych stronach się nie zdarza.

W obec tylu niebezpieczeństw grożących Europejczykom w Indyjach słusznie wspomnieć i o tém, że niektóre choroby europejskie są tam zgoła nieznane, jakoto: zapalenie płuc dławcowe, dławiec, dur brzuszny i płonica, i że gruźlica jest daleko mniéj rozpowszechniona niż w Europie. W ogóle choroby narządu oddechowego są daleko rzadsze i łagodniejsze, co nas nie zadziwi, jeśli zważymy, że w tych krajach wieczną zielenią pokrytych i zewsząd na działanie wiatrów morskich wystawionych, powietrze nie tylko jest zawsze ciepłe i wilgotne, ale też o wiele czystsze i wolniejsze od pyłu. Zresztą mimo to klimat nie sprzyja Europejczykom sprawą gruźliczą dotkniętym, o ile że u takich osób napady zimnicy, o jakie tu nie trudno, dają popęd do szybkiego rozrostu nacieków gruźliczych w płucach.

Streszczając powyższe uwagi kilku słowami ze względu na możność aklimatyzacyi Europejczyków w archipelagu malajskim, powiedzieć możemy, że:

1) dla osób niezupełnie zdrowych, zwłaszcza niedokrwistych, na nieżyty przewodu pokarmowego cierpiących, lub sprawą gruźliczą, chociażby w samym początku, dotkniętych, aklimatyzacyja w tamtych krajach jest niemożebną;

2) że osoby zdrowe i w sile wieku będące przy należytéj przezorności i odpowiedniém zachowaniu się, łatwo za-

[1]) Obacz w *Revue maritime*, rocznik 1885 (Paryż), obszerną pracę naczelnego lekarza marynarki francuskiéj o epidemii, jaka panowała w posiadłości francuskiéj Guadeloupe (Indyje zachodnie) w latach 1864—1866.

[2]) W kwietniu 1886 r. zwiedziłem te wyspy i na wezwanie rządu holenderskiego zdałem sprawę z téj epidemii. Sprawozdanie to (w języku holenderskim) zamieszczono w aktach zarządu sanitarnego indyjskiego na r. 1886.

aklimatyzować się mogą i że w takich stosunkach szanse zachorowania, ogółem biorąc, nie są o wiele większe, niż w Europie.

IV. Rak gardziela. Smierć naturalna skutkiem pęknięcia ściany gardziela. Przypadek sądowolekarski.

Podal **Dr. Józefczyk** w Tarnowie.

Ustawicznie ze wszystkich stron dochodzą głosy żądające zaprowadzenia Izb lekarskich na wzór Izb adwokackich; o słuszności żądania tego nikt nie wątpi, nigdzie jednak nie czuje się tak dotkliwie ich braku jak w miastach mniejszych. Na dowód niech posłuży następujący przypadek, który nietylko wszystkich lekarzy ale i całe miasto nasze niezwykle zainteresował i był przez kilka dni przedmiotem obrabianym przez powołanych i niepowołanych.

S. Fuchs, lat 54 liczący, stolarz, zgłosił się do mnie w dniu 29 kwietnia br., żaląc się, że od 3 miesięcy czuje trudność w połykaniu pokarmów; gdy w ostatnich czasach trudność ta raptownie się powiększyła, zasięgał rady Dra Portika, który mu przepisał jakieś proszki ale bez skutku. W ostatnich 2 dniach nawet płyny z trudnością przechodzą i pobudzają go do wymiotów. Badanie wykazało u chorego o ziemisto zabarwionéj skórze, dobrym jeszcze stanie ogólnym, zwężenie gardziela w okolicy połowy mostka i to tego stopnia, że przepuszczało dopiero sondę, odpowiadającą mniéj lub więcéj 12 Nrowi kateteru Nélatona, przyczém badany zwymiotował znaczną ilość cieczy gęstéj barwy czekoladowéj. Zwężenie to przedstawiało się sondującéj ręce jako naokoło chrząstkowaty pierścień zajmujący całe światło gardziela. Rozpoznałem więc zwężenie gardziela prawdopodobnie rakowate i udzieliwszy badanemu moje rozpoznanie i rokowanie do wiadomości zaleciłem udanie się do prof. Obalińskiego celem naradzenia się co do leczenia. Prof. Obaliński rozpoznanie moje potwierdził i zalecił systematyczne wprowadzanie dilatatoryjum Trousseaua od Nru 2go do najwyższego. Rękoczyn ten po powrocie chorego z Krakowa wykonałem w dniu 1 i 4 maja za pomocą Nru 2go. W dniu 7 maja przeprowadziłem Nr. 2gi, a ponieważ przechodził on łatwo i Nr. 3ci, który również łatwo przeszedł, a badany udał się do domu, gdzie wypił wina i rosołu. W kwadrans potém zawezwano mnie do niego; przyszedłszy znalazłem go w łóżku skarzącego się na niezmierny ból ponad żołądkiem się zaczynający a rozpromieniający ku kręgosłupowi. Objawów przedmiotowo żadnych nie znalazłem; kazałem podać choremu *chloral. hydrat. refracta dosi,* poczém w $^{1}/_{4}$ godziny usnął; w takim stanie odszedłem go zaleciwszy rodzinie, aby mnie w razie powtórzenia się bólu zawiadomiła. Jak się później dowiedziałem, w 2 godziny potém bóle się powtórzyły a żona chorego posłała po Dra Portika, który był jeszcze nad ranem dnia następnego, a gdy chory o 7éj rano 8 maja umarł, wniósł Dr. Portik do c. k. Prokuratoryi państwa doniesienie piśmienne obejmujące cały arkusz pisma w głównych zarysach tak brzmiące: Dnia 7 maja b. r. byłem zawezwany do tutejszego stolarza St. F. o godzinie 5 popołudniu, którego znalazłem w wielkich bólach w okolicy nadżołądkowéj; ciało zimne, tętno przyspieszone, pragnienie wielkie. Chory jęczał aż do zachrypnięcia. Pytając o przyczynę dowiedziałem się, że Dr. Józefczyk wprowadzał choremu narzędzie do rury pokarmowéj jak l a d s t o c k (!), poczém bóle te wystąpiły.... (następuje sprawozdanie ordynacyi Dra Portika). Ponieważ chory zakończył życie 8 maja br. o 7 rano, przeto widzę w tym przypadku rodzaj gwałtownéj śmierci, gdyż znając Fuchsa od dłuższego czasu wiem, iż był to m ę ż c z y z n a s i l n y i d o o s t a t n i c h c h w i l ż y c i a z d r o w y. Śmierć, któréj p r z y c z y n a m i e ś c i s i ę w r u r z e p o ł y k o w é j, n i e m o g ł a b y ć w y n i k i e m j a k i e g o ś r o z w o j u s a m o i s t n é j c h o r o b y, l e c z w e d ł u g m e g o z d a n i a b y ł a n a s t ę p s t w e m g w a ł t u n a t ę r u r ę w y k o n a n e g o i dla tego wnoszę: c. k. Prokuratoryja Państwa raczy zarządzić sekcyję sądową zwłok nagle i gwałtownie zmarłego celem sprawdzenia przyczyny tak prędkiego zgonu itd..... Skutkiem tego Prokuratoryja Państwa zarządziła sekcyję zwłok, którą w dniu 9ym maja 1887 wykonali Dr. G l a s e r i Dr. M i d o w i c z w obecności kolegów Dra M e t z g e r a, Dra S k o w r o ń s k i e g o, Dra W a l c z y ń s k i e g o, Dra K a c z k o w s k i e g o i podpisanego, jako też i Dra Portika. Wynik sekcyi według sprawozdania pp. obducenów był następujący: W połowie gardziela w samych ścianach tegoż i okolice najbliższe zajmował guz, otaczający cały gardziel i ścieśniający światło gardziela pierścieniowato w miernym stopniu; swobodnie bowiem przeprowadzić można było przez miejsce zwężenia cały palec mały, z nieznacznym zaś oporem przesunąć się dał do połowy palec wskazujący. Guz sam znaleźliśmy w części o miąższu grubości $1^{1}/_{2}$ cm. dosyć twardym wyglądającym słoninowato, w częściach bocznych przybierającym barwę ciemniejszą, a w znacznéj części, szczególnie po stronie lewéj od przodu i prawéj z miąższem rozpadłym na masę brajowatą barwy żółto-ziemistéj. Pomiędzy tą rozpadową masą po usunięciu jéj widzieć można było przegródki z tkanki łącznéj, tak że cała szczególniéj lewa okolica guza przedstawiała jużto mniejsze już większe zagłębienia kieszonkowate. Po stronie lewéj najbardziéj posunięty proces rozpadowy zajmuje nietylko dalszą okolicę, lecz drąży w same warstwy ścian gardziela zcieńczając je do grubości papieru. W miejscu największego zcieńczenia ścian gardziela w długości 2cm. znajdujemy przerwaną łączność ścian. Przerwa ta rozpoczyna się tuż pod największém ścieśnieniem dążąc ku dołowi i tworząc otwór ostro eliptyczny o ścianach ostrych gładkich. Mamy tu do czynienia ze sprawą nowotworową, z nowotworem o tkance embryjonalnéj, rozwijającéj się do pewnego stopnia i ulegającéj przeobrażeniu wstecznemu czyli rozpadowi. Wszystkie cechy makroskopowe i zachowanie się tegoż przemawiają za tém stanowczo, że mamy przed sobą typowy obraz „raka gardziela" w stanie rozpadowym.

Bardzo ważném jest pytanie: czy pęknięcie ścian gardziela nie powstało skutkiem gwałtu od wewnątrz przez zbyt forsowne wprowadzanie narzędzi? Z całą sumiennością powiedzieć możemy, że pęknięcie to nie powstało gwałtownie. Nie mamy bowiem nigdzie najmniejszego śladu wybroczyn ani podbiegnięć, brzegi otworu równe, gładkie; daléj początek pęknięcia znajduje się tuż poniżéj największego zwężenia, a więc w miejscu, gdzie nie było oporu znacznego przy stosowaniu zgłębnika, lecz gdzie cieśń największą minięto. Pęknięcie to nastąpiło dobrowolnie, możemy to zaś powiedzieć na téj podstawie, iż w około miejsca tegoż znajduje się najdaléj posunięta sprawa chorobowa, wysoki stopień rozpadu i to od dłuższego czasu trwający, świadczy zaś o tém okoliczność, że ku dołowi poza gardzielem w otaczającém i przerosłém śródpiersiu znajdujemy znaczną ilość masy gęstawéj rozpadowéj i że wprowadzony palec od wysokości otworu w błonie śluzowéj, przeprowadzić się daje przechodząc liczne luźne pasma tkanki łącznéj i różnéj wielkości kieszonkowate zagłębienia w rozmaitych kierunkach idące, aż do jamy opłu-

cnowéj. Nagromadzona w znacznéj ilości ciecz w jamie opłucnowéj nie jest tylko wysiękiem zapalnym lecz przeważnie pokarmem płynnym, którego denat przy końcu życiu używał i który przez otwór w ścianie gardziela drążąc pomiędzy zagłębienia śródpiersia dostał się do jamy opłucnowéj. Przypuszczenie to uzasadnione jest w obec tego, że strona donosząca, obecna w ostatnich chwilach życia przy denacie, wspomina wyraźnie w doniesieniu o nadzwyczajném pragnieniu, które tenże miał już w przeddzień zgonu. — Nadzwyczajna wiotkość ścian serca, kruchość mięśnia sercowego wraz z znacznym zanikiem i zwyrodnieniem tłuszczowém, zanik i rozmiękczenie miąższu śledziony, zwyrodnienie tłuszczu wątroby wskazują, że mamy przed sobą zwłoki człowieka od dłuższego czasu schorzałego, a bardzo znaczna ilość tłuszczu nagromadzonego w ciele i znaczne stłuszczenie niemal wszystkich organów nasuwają myśl, że denat od dłuższego czasu nadużywał napojów wyskokowych. Orzekamy więc, że bezpośrednią przyczyną śmierci był rak gardziela w okresie rozpadu, pęknięcie nastąpiło samoistnie, a więc przebicie nie nastąpiło w skutek obrażenia zadanego narzędziem.

Ponieważ nie uważam za godne stanu, do którego mam zaszczyt należeć, szukać na drodze sądowéj zadośćuczynienia za wyrządzoną mi przez p. Portika krzywdę, postanowiłem spisawszy niniejszy przypadek bez żadnych komentarzy z méj strony podać go do wiadomości szan. kolegów zadowalając się wewnętrznem przekonaniem, że każdy czytający sprawozdanie niniejsze sam dostatecznie oceni postępowanie p. Portika i reszty sobie w duszy dośpiewa.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał **Dr. J. Talko.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Drugie posiedzenie sekcyi chorób ocznych d. 21 stycznia.

Zarządzający sekcyją prof. Braun zaproponował na prezydującego prof. Chodina, co przyjęto oklaskami.

1. Dr. v. Stein (z Moskwy) odczytał rzecz o wpływie tonów i drgań kamertonu na oko. Badając funkcyje ślimaka ucha, autor, przekonawszy się, że znane metody nie doprowadziły go do pożądanego celu, powziął zamiar wywołania zwyrodnienia swoistych włókien, koniecznych wedle Helmholtza dla przyjęcia tonów, długiém działaniem wysokich i niskich kamertonów. Do badania użyto młodych morskich świnek, które trzymano w pudełkach a nad niemi umieszczono kamerton drgający pod wpływem prądu elektrycznego. Wynikiem tego była zaćma przyjądrowa, któréj obraz zależał od liczby drgań kamertonu. Przed rozpoczęciem doświadczeń zaćmy nie było wcale, po doświadczeniach zaś zaćmienie soczewek stawało się widoczném dla gołego oka, co stwierdziliśmy na przedstawionych nam kilku okazach świnek. Ciekawy fakt, że zaćmienia te po pewnym czasie zupełnie ustępowały i po powtórném doświadczeniu znowu się wytwarzały (peryjodyczne zaćmy?). Stwierdziwszy fakt tworzenia się zaćmy przy tych doświadczeniach, autor słusznie zadaje pytanie, co sprzyja temu zaćmieniu soczewki, tony czy też drgania kamertonu? Po zniszczeniu wewnętrznego ucha zaćma tworzyła się znacznie prędzéj, po 2—4 godzinach, gdy tymczasem u zdrowych zwierząt potrzeba było na to daleko więcéj czasu: wysoki kamerton u dwudniowéj świnki wywoływał zaćmę po 18—24 godzinach, przy 100 drganiach kamertonu tworzy się zaćma po 12 godzinach. A więc, zdaniem v. Steina, przyczyny zaćmienia soczewki trzeba szukać w mechaniczném działaniu drgań, tony zaś wstrzymują rozwój zaćmy. Drgania wywołują utratę ciepłoty zwierzęcéj a to wpływa na stan soczewki. Adelheim badał świnki przed i po doświadczeniach i stwierdza fakt szybkiego tworzenia się zaćm w oczach z zupełnie przeźroczystemi soczewkami. Łożecznikow przekonał się, że u świnek przy powyższych doświadczeniach rzeczywiście rozwija się zaćma, co stwierdziły badania gałek ocznych, które wyłuszczał.

2. Dr. Ewetzki (z Moskwy) przedstawił swe studyja nad historyją rozwoju przewodu nosolzowego u człowieka, badanego dotąd tylko u zwierząt. Na podstawie swych badań przyszedł on do wniosku, że przewód nosolzowy, oznaczający się w końcu 5go i na początku 6go tygodnia życia płodowego, rozwija się wedle typu reszty kręgowych, t. j. z nabłonka łzowéj bruzdy, który następnie wrasta w leżącą pod nim tkankę. Różni się tylko u człowieka postacią w pierwszym okresie swego rozwoju: ma wejrzenie wąskiéj przybłonkowéj blaszki, zaczynającéj się przy dnie bruzdki łzowéj.

3. Następnie tenże autor podał treść swéj pracy „białkomocz i zaćma." Wiadomo, że Deutschmann pisał o wzajemnéj zależności tych dwóch chorób. W celu wyjaśnienia tego stosunku Dr. Ewetzki badał chorych z rozmaitemi zaćmami, chorych cierpiących na chorobę Brighta i zdrowych lecz starych ludzi (w domach przytułku). Wyniki jego badań były następujące: *a)* wiek ma wielki wpływ na rozwój zaćmy, największy % dotkniętych zaćmą dają starcy; *b)* białkomocz, jako przyczyna zaćmy, nie ma znaczenia; *c)* na rozwój zaćmy wiele wpływa złe odżywienie; *d)* mężczyzni i kobiety jednakowo ulegają zaćmie; *e)* u młodych ludzi, cierpiących na zapalenie nerek, zaćma nie bywa częściéj niż u ludzi tegoż wieku ze zdrowemi nerkami; przeciwnie często ją spotykamy u wielu nefrytyków, lecz nie częściéj niż u starców w ogóle; *f)* białko w moczu cierpiących na zaćmę po większéj części ma znaczenie fizyjologiczne.

Prezydujący dziękuje prelegentowi za jego ciekawe i pouczające odczyty i proponuje na dalszy ciąg posiedzenia na prezydującego Dra Talkę, który zasiadł na miejscu Chodina wśród głośnych oznak uznania ze strony zgromadzonych.

4. Sekretarz Besanin odczytuje memoryjał nadesłany przez St. Fijałkowskiego (z Berdyczowa) p. t. Co robić z jaglicą w wojsku?

Autor wypowiada potrzebę: *a)* Wyznaczenia osobnéj komisyi dla zbadania kwestyi jaglicy w Rosyi; *b)* Tworzenia z nowozaciężnych oddzielnych taktycznych jednostek w miejscu ich przyjęcia do wojska, ażeby tym sposobem zapobiedz szerzeniu się choroby w zdrowych okręgach państwa; *c)* Zupełnego oddzielenia wszystkich szeregowców dotkniętych jaglicą i zwalniania na czasowy urlop, a następnie w razie tworzenia się blizn spojówki zaliczania do rezerwy; *d)* Urządzania w miejscowościach, gdzie jaglica jest rozprzestrzeniona oftalmicznych szpitali, w którychby ordynowali lekarze obznajomieni z ocznemi chorobami; *e)* Zaliczania do takich szpitali corocznie pewnéj liczby młodych lekarzy, chcących studyjować choroby oczne; *f)* Leczenia dotkniętych jaglicą nie w szpitalach, lecz tylko ambulatoryjnie; w szpitalach leczą się tylko powikłania jaglicy; *g)* Dla rozdzielenia jaglicowych nowozaciężnych

w miejscowościach, gdzie jaglica rozpowszechniona wśród ludności, wyznaczenia okulisty do oddziału głównego sztabu, zajmującego się corocznie rozporządzeniem odnośnie do rozsyłania nowozaciężnych do rozmaitych części wojsk, któryby czuwał nad tém, aby kompletować niemi jaglicowe taktyczne jednostki; *h)* Wreszcie kol. F. proponuje urządzanie od czasu do czasu Zjazdów okręgowych okulistów, prof. oftalmologii i wreszcie lekarzów zajmujących się chorobami ocznemi, w celu bliższego omówienia i wielostronnego zbadania t. zw. kwestyi jaglicowéj wojska rosyjskiego.

Przewodniczący podziela zdanie Dra F., że kwestyja jaglicowa w naszéj armii ma pierwszorzędne znaczenie, wynurza żal, że w skutek nieobecności autora dyskusyja nie może mieć pożądanego rezultatu. Wypowiada przytém swój pogląd na ten przedmiot, a który podał w artykule jaglica w wojsku i środki zaradcze (p. *Przegląd Lekarski,* Nr. 1, 3 i 10 z r. b.). Najprzód dowiódł, że nietylko powinniśmy obwiniać o szerzenie w wojsku jaglicy corocznie przybywających nowozaciężnych, których znaczny % bywa dotkniętych jaglicą, lecz wiele téż sprzyjają rozwojowi téj choroby u szeregowców warunki życia koszarowego, a również znane niechędóstwo żołnierzy. Następnie Dr. Talko wypowiedział zdanie, że jaglicowych żołnierzy nie możemy leczyć środkami żrącemi nawet ambulatoryjnie, aby nie wywołać objawów podrażnienia spojówki, często przechodzącego w ostrozapalne sprawy wśród warunków służby wojskowéj. Izolowanie takich chorych, wentylacyja mieszkań koszarowych, czystość pościeli, ręczników, przemywanie oczu kw. borowym itp. higijeniczne środki okazują w warsz. woj. okręgu pożądany skutek: obostrzenia t. z. suchéj formy jaglicy stały się dziś rzadszemi, a przypadki upośledzenia i utraty wzroku od następnych zmian rogówki doprowadzone są do możebnego minimum.

W rozprawach nad tym przedmiotem biorą udział: Chodin, Mandelstam (z Kijowa), Szczasnyj (z Kijowa), Z. Zawadzki (z Kurska), Makłakow i Łożecznikow. Pierwsi dwaj leczą jaglicę w wojsku, przyczém Dr. Mandelstam przypomina swój sposób leczenia, polegający na wyciskaniu palcami ziarn jaglicowych. Dr. Talko nie zgadza się z tém, gdyż wyciskanie bywa bolesném, połączone z krwawieniem spojówki i potrzebowałoby usunięcia szeregowca na dłuższy czas od służbowych obowiązków, w celu uniknięcia łatwego w tych razach zaostrzenia jaglicy. Takie leczenie dobre jest w prywatnéj praktyce, lecz nie w wojsku, gdzie szeregowcy, pomimo znacznie rozwiniętéj u nich jaglicy, często wcale nie uskarżają się na chorobę oczu i nie są radzi zbrojnéj interwencyi ze strony lekarza w podobnych razach. Makłaków i Łożecznikow przemawiają za tém, że należałoby dokładniéj wyjaśnić, co rozumieją wojskowi lekarze przez nazwę jaglica *(trachoma).* Prezydujący przypuszcza dwie postacie téj choroby *tr. papillare* i *tr. folliculare,* niektórzy zaś lekarze rosyjscy pod nazwę jaglicy podciągają wszystkie w ogóle przewlekłe zapalenia spojówki.

Dla braku czasu i z powodu kilku pozostałych jeszcze odczytów, musiano przerwać ciekawą dyskusyję, témbardziéj, że inicyjator téjże był nieobecnym.

5. Tenże sekretarz odczytał pracę Dra Tieplaszina (z Głazowa gub. Wiatskiéj): O ślepocie u popisowych w Głazowskim powiecie. Autor zbadał popisowych zwolnionych dla ślepoty w ciągu ostatnich 12 lat. Z ogólnéj liczby 32,689 popisowych, zwolniono 344 ślepych. Z tych ostatnich zbadał bliżéj 242, z których ślepych na oba oczy było 19%, na prawe oko 35,5%, na lewe 11,2%; reszta miała tylko osłabiony wzrok; 2% było zupełnie zdrowych. A więc tylko ⅕ część popisowych, uznanych za niezdolnych do służby dla ślepoty, okazało się rzeczywiście ociemniałymi na oba oczy, czyli że 1 ślepy na oba oczy w wieku popisowym wypada na 500 ludzi. Ślepych na jedno oko znacznie więcéj.

Dr. Skrebicki (z Petersburga), który pracuje nad statystyką ociemniałych w Rosyi i który pracami swojemi wzbudził zajęcie się tą sprawą w sferach urzędowych, wypowiada pochwałę dla pracy Dra T., wskazuje jednak na pewną omyłkę, jakiéj się dopuścił jéj autor, obliczył on % podług liczby popisowych w ogóle, gdy tymczasem prawie połowa z nich nie bywa oglądaną, mający bowiem ulgi 1éj kategoryi wcale nie podlegają oględzinom, a z 2éj i 3éj tylko niektórzy. Tym więc sposobem % ociemniałych w Głazowskim powiecie będzie znacznie większy niż wyżéj podany.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Medycyna wewnętrzna.

Pekelharing: O Beri-Beri.

Prof. Pekelharing z Amsterdamu wysłanym został w listopadzie r. z. przez rząd holenderski w celu zbadania silnéj epidemii *Beri-Beri,* panującéj od dwóch lat na teatrze wojny w kraju Atjeh (północno-zachodni kraniec Sumatry). Po 5-miesięcznéj pracy, któréj część histologiczną i bakteryjologiczną wziął na siebie P., zostawiając część kliniczną Drowi Winklerowi, P. podał pierwsze wyniki w liście do *Nederländsch Tydschrift voor Geneeskunde* Nr. 25 z 18 czerwca r. b., z którego co następuje wyjmujemy. W lżejszych przypadkach *Beri-Beri* chorzy mają w mniejszym lub większym stopniu ów znany i często opisywany właściwy chód, polegający według P. na *paresis flexorum dorsalium pedis.* W cięższych przypadkach, często ostro przebiegających, chorzy leżą w łóżku, oddech jest utrudniony, niekiedy mięśnie poruszające żebra lub téż przepona zupełnie bezczynne. Tętno drobne i przyspieszone, bicie serca gwałtowne. Nieraz głos zachrypły, *malum omen.* Najwięcéj dręczy chorego nieokreślony ból w okolicy żołądka i powyżéj. Skoro ból ten silniejszym się staje, oddech bywa znacznie utrudnionym, a w kilka godzin śmierć zwykle następuje. Czasem ostateczne cierpienie poczyna się od kilkakrotnych wymiotów. Duszność i ból wzmagają się, stłumiony jęk chorego niekiedy przerywany głośnym krzykiem, wyraz trwogi śmiertelnéj w obliczu, daremne usiłowania chorego, aby własnemi słabemi siłami zmienić swe położenie, czynią okropne wrażenie. Do ostatniéj chwili chory daje wyraźne oznaki świadomości umysłu. Tętno coraz więcéj słabnie, czasem po ostatnim oddechu serce jeszcze chwilę bije.

Przy sekcyi, jeśli nie ma powikłania, nie znajdują się zmiany, któreby tłumaczyły ostatnie ciężkie cierpienie. Prawie zawsze znajduje się rozszerzenie i przerost prawego serca. Nieraz zmiany te są znaczne i zajmują, chociaż zawsze w lżejszym stopniu, lewą połowę serca. Wpada w oko bladość serca. *Hydrops,* w innych epidemijach *Beri-Beri* tak częsty i silny, w ostatniéj epidemii niezbyt silnie występował. Nawet *oedema* na wewnętrznéj powierzchni podudzia wprawdzie nigdy nie brakowało zupełnie, nieraz jednak było wcale nieznacznem. Niektóre mięśnie dowolne zwłaszcza podudzia są atroficzne i blade, czasem téż tu i owdzie nabrzmiałe. Co do istoty choroby, P. uważa ją za *neuritis peripherica multiplex,* podobnie jak to kilka lat temu podał Scheube. Zaburzenia co do czucia, a mianowicie co do ruchu, od początku

do końca choroby w coraz wzrastającym stopniu wykazać można, a badanie elektryczne za życia daje wyniki zupełnie zgodne z zwyrodnieniem nerwów po śmierci stwierdzoném. Zwyrodnienie i zanik mięśni tyczy się, prócz serca, przedewszystkiém mięśni podudzia i uda, daléj mięśni oddechowych, odnogi górnéj, krtani, czasem nawet twarzy. Zarówno ze zmianami mięśni znajduje się zwyrodnienie odpowiednich nerwów. Zmniejszenie czucia może być bardzo rozległe, poczyna się zwykle na skórze brzusznéj, kończyny nerwów odpowiednio zwyrodnione. Zwyrodnienie nerwów okazuje się coraz lżejszém postępując z obwodu ku ośrodkom. W przednich korzeniach rdzenia zaledwie znaleźć można różańcowe nabrzmienie cylindrów osiowych, w tylnych korzeniach zwyrodnienie znajduje jakby znaczną tamę w *ganglion intervertebrale*. Różnica w przecięciach przed zwojem i za nim wpada w oko. Również w gałązkach nerwu błędnego ku sercu idących i w samych nerwach sercowych nieraz napotyka się zwyrodnienie. Natomiast w rdzeniu z trudnością wykazać się dały zmiany i te były po części niewątpliwie następowe, po części zaś znaczenia niepewnego.

P. uważa *Beri-Beri* za chorobę zakaźną, wywołaną przez drobne organizmy. Te organizmy tkwią w pewnych miejscowościach (więzienia, koszary, okręty), są przenośne z miejsca na miejsce przez chorego (prawdopodobnie również przez zdrowych ludzi, mianowicie przez ich odzież), nie mnożą się jednak w organizmie chorego i rozwijają się tylko wśród przyjaznych warunków miejscowych. Wiadomo, że już w Japonii i Brazylii (Dr. de Lacerda) odkryto laseczniki, które podobno na zwierzętach takie same wywołują objawy, jakie nam przedstawia *Beri-Beri* u ludzi. Laseczniki, które lekarz japoński Sugenoya znalazł w czasie epidemii w Atjeh, nie mają dotąd znaczenia, gdyż tylko na trupach są wykazane i dotąd nie są czysto hodowane, ani na zwierzętach wypróbowane. P. znalazł w krwi chorych za życia kilka rodzajów laseczników, o których znaczeniu jednak tymczasem nic stanowczego orzec nie chce, gdyż dotąd hodowle i szczepienia nie wydały mu jeszcze zupełnie pewnych wyników. P. zamyśla prace te w Batawii daléj prowadzić.

Co do panującéj właśnie silnéj epidemii *Beri-Beri* w kraju Atjeh, P. szuka jéj przyczyny po części w ogromnych zmianach, jakim tam grunt uległ w skutek licznych a obszernych robót fortyfikacyjnych, po części w znacznych wylewach, jakie w ostatnich latach tam nastąpiły.

Dezinfekcyja miejscowa dotąd przyniosła bardzo dobre skutki, jeszcze lepszych spodziewa się P. po ustaleniu się świeżo poruszonéj ziemi i po robotach mających ochronić od dalszych wylewów obozy i cały teren przez wojsko holenderskie zajęty. *Dr. Gumplowicz.*

Dr. Gabr. Engel: **Przyczynek do kazuistyki śledziony wędrującéj.**

Z powodu właściwych stosunków wywołanych przez ciążę kobiety ulegają częściéj zmianom położenia trzew brzusznych aniżeli mężczyźni. Do najrzadszych zmian położenia trzew należy śledziona wędrująca, raz, że w ogóle rzadko ta nieprawidłowość się przydarza, a powtóre dla trudności rozpoznawczych. Do powstania śledziony wędrującéj przyczynia się zwiotczenie jéj więzadeł jako następstwo zmniejszenia poprzednio obrzmiałéj śledziony. Autor obserwował 3 podobne przypadki.

Przypadek 1szy dotyczył 18-letniéj kachektycznéj pierworódki, która nieregularnie miesiączkowała. Stłumienie poczynające się 12 cm. poniżéj lewego podżebrza, brzeg dolny śledziony wyczuwalny. Po porodzie zstąpiła śledziona aż do lewéj kości biodrowéj. Chora gorączkowała 3go i 5go dnia po porodzie, podawano dziennie 0·5 chininu, poczém śledziona zmniejszyła się, była niebolesną jednak przesuwalną.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniéj kobiety, któréj znaczny obrzęk śledziony zmniejszał się w okresach pomiędzy 5ma przebytemi ciążami. Wpływ chininu był widocznym.

Wszystkie 3 kobiety przebywały w okolicy zimniczéj.

Do zmniejszenia się obrzęku i ruchomości przyczyniło się podawanie chininu i żelaza. Przez zanik naczyń i obrót szypułki naokoło osi śledziona może zaniknąć, o czém przekonały autora sekcyje takich chorych. Opierając się na tych spostrzeżeniach, robi autor propozycyję, aby w przypadkach kwalifikujących się do wyłuszczenia śledziony kusić się o wywołanie sztuczne zaniku przez uchwycenie narządu i okręcenie kilkakrotne naokoło szypułki. (*Centralblatt f. Gynaekol.* 1886, Nr. 5). *Dr. Barącz.*

I. Duncan: **Przypadek raka trzew brzusznych u dziecka.**

D. opisuje przypadek raka trzew brzusznych u 3½-rocznego dziecka, które na miesiąc przed śmiercią przedstawiało pierwsze objawy choroby. Najpierw wystąpił obrzęk podudzi i moszen, późniéj obrzęk i bolesność brzucha, powiększenie wątroby, zatrzymanie moczu, naciek lewéj okolicy pachwinowéj, wysięki w jamie opłucnowéj i otrzewnowéj; celem usunięcia ostatnich wykonano kilkakrotnie punkcyję. Wśród opisanych objawów dziecko zmarło. Sekcyja wykazała guz nerki prawéj wielkości pomarańczy, który autor uważa jako guz pierwotny, prócz tego naciek rakowaty 7·7cm. długi kiszki spoczywającéj na lewéj kości biodrowéj; w lewéj nerce znaleziono liczne małe guzki; w lewéj pasze znajdował się guz wielkości jabłka. Wysięk surowiczy w obu wielkich jamach ciała. Drobnowidowo przedstawiło się utkanie tych guzów jako *scirrhus*. (*Edinb. med. Journ.* June 1886, p. 1127). *Dr. Barącz.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Pasteura szczepienia ochronne przed Parlamentem angielskim.

W dniu 12go kwietnia 1886 wyznaczył Parlament angielski komisyję celem zbadania Pasteurowskich szczepień ochronnych od wścieklizny. Należeli do téj komisyi najgłówniejsi reprezentanci medycyny i nauk przyrodniczych w Anglii pod przewodnictwem słynnego chirurga Sir James Pageta. Przed niedawnym czasem złożyła rzeczona komisyja Parlamentowi swe sprawozdanie, będące jednozgodném i bezwarunkowém potwierdzeniem teoryi Pasteura. Oto streszczenie tego sprawozdania:

Sprawozdanie opiera się częścią na doświadczeniach, jakie mieli sposobność poczynić członkowie komisyi prof. Roosce, Burdon Sanderson, Lauder Brunton i prof. Horsley w czasie swego dłuższego pobytu w Paryżu, a częścią na badaniach doświadczalnych, podjętych przez prof. Horsleya po powrocie z Paryża. Te ostatnie badania wykazały w zupełności skuteczność pasteurowskiéj metody ochronnego szczepienia:

1) Jeżeli pies, królik lub inne jakieś zwierzę pokąsanym zostanie przez psa wściekłego i zginie na wściekliznę, to z rdzenia tego zwierzęcia można otrzymać istotę, która przeszczepiona na zdrowe zwierzę, sprowadza zapadnięcie na

wściekliznę zupełnie odpowiadające wściekliźnie sprawionéj przez ukąszenie, lub różni się od niéj tylko co do czasu wylęgania.

2) W ten sposób przez szczepienie przeniesiona wścieklizna daje się przez podobne szczepienie przenieść na cały szereg królików, przyczém spostrzegamy wzmagające się nasilenie cierpienia.

3) Jad jednak rdzenia królika, który zginął ze wścieklizny zaszczepionéj, można stopniowo przez wysuszenie rdzenia tak osłabić, że po wysuszeniu pewną liczbę dni trwającém, można go zastrzyknąć zdrowym królikom lub innym zwierzętom bez niebezpieczeństwa, aby zwierzęta te w skutek tego na wściekliznę zapadły.

4) Zwierzę można zupełnie na pewne od wścieklizny, bez względu na jéj powstanie, czy przez ukąszenie, czy téż w inny sposób, zabezpieczyć przez to, że codzień używać będziemy do szczepienia ochronnego jadu wystawionego przez krótszy czas na wyschnięcie, aniżeli był jad poprzedniego dnia użyty.

5) Dowód skuteczności tak sprowadzonéj ochrony stanowi fakt, że jeżeli przez wściekłe zwierzę pokąsanemi zostały obok przez szczepienie ochronionych zwierząt i zwierzęta nieszczepione, to nie ginie na wściekliznę żadne ze zwierząt pierwszéj kategoryi, gdy z małemi wyjątkami wszystkie zwierzęta drugiéj kategoryi téj chorobie ulegają.

Można zatém uważać za rzecz zupełnie pewną, że Pasteur wynalazł metodę ochronną od wścieklizny, która wytrzymuje porównanie ze szczepieniem krowianki, chroniącém od zarażenia się ospą. Odkrycie to Pasteura ma tak dla życia praktycznego jak i dla patologii ogólnéj nieocenioną wartość. Przedstawia ono nowy rodzaj szczepienia, który według wyrażenia Pasteura będzie może można zastosować do ochrony ludzi i zwierząt domowych od innych silnie działających przyrzutów. Jak długo trwa ochrona sprawiona przez szczepienie, nie można było, rozumie się, dotąd zbadać na pewne, ale od 2 lat, które od zaprowadzenia téj metody upłynęły, nie okazały się żadne ślady, aby istniało czasowe ograniczenie trwania ochrony. Podstawa metody Pasteura jest widoczną z wyżéj przytoczonych doświadczeń.

Mniéj łatwą jest rzeczą oznaczyć skutek téj metody, albowiem z następujących powodów: 1) trudno we wszystkich przypadkach oznaczyć, czy ukąszenie pochodziło od istotnie wściekłego zwierzęcia; 2) prawdopodobieństwo zapadnięcia na wściekliznę u ludzi pokąsanych przez psy wściekłe zależy od liczby i charakteru ukąszeń i zawisło od tego, czy ukąszenie miało miejsce na gołe ciało, czy téż w części ciała pokryte, a szczególnie od stopnia krwawienia; 3) we wszystkich przypadkach doznaje zmiany zarażenie przez rychłą kauteryzacyję lub wycięcie części pokąsanéj jakotéż przez różne wymywania lub inne sposoby leczenia ran; 4) ukąszenia przez zwierzęta różnego rodzaju, a nawet przez psy różnych ras, są w różnym stopniu niebezpiecznemi. I tak znaleziono w jednym szeregu przypadków, iż śmiertelność wśród ludzi przez psy wściekłe pokąsanych wynosiła 5%, a w innym 60%, podania zaś co do śmiertelności po ukąszeniach przez wilki wahają się między 35 a 90%.

Dzięki uprzejmości Pasteura mogła komisyja badać 90 przypadków przez Pasteura leczonych. W téj liczbie było 24 pokąsanych w części niepokryte, przez psy niewątpliwie wściekłe, a w przypadkach tych rany nie były ani kauteryzowane, ani téż leczone w sposób, któryby mógł działanie przyrzutu znieść lub zmienić. Co do 31 przypadków nie było pewności, czy psy, które pokąsały, były istotnie wściekłe. W innych przypadkach pokąsanie nastąpiło przez suknie. Na zasadzie spostrzeżeń, jakie w takich razach zrobiono, możnaby przypuszczać, że z 90 osób pokąsanych zginęłoby przynajmniéj 8 osób na wściekliznę, gdyby ich nie poddano szczepieniu ochronnemu; u żadnego atoli z 90 pokąsanych po szczepieniu ochronném nie dostrzeżono objawów wścieklizny.

Ponieważ Pasteur dla uspokojenia chorych był zmuszonym w niektórych przypadkach, gdzie nie było dostatecznego dowodu, że rany były zarażonemi, podejmować również szczepienie ochronne, to porównywając liczby śmiertelności przy jego postępowaniu z liczbami w nieszczepionych przypadkach należy uwzględniać tylko najniższe procenty śmiertelności, jakie na znacznéj liczbie przypadków nieszczepionych spostrzegano. Za taką najniższą liczbę śmiertelności można przyjąć 5%. Przypuściwszy to, okazałoby się, że ponieważ Pasteur od października 1885 do grudnia 1886 szczepił 2682 osób (pomiędzy temi z Anglii 127) śmiertelność winna była wynosić 130. W rzeczywistości atoli po koniec r. 1886 umarło ogółem 31 osób, pomiędzy temi 7 przez wilki pokąsanych, u których pierwsze objawy wścieklizny już w czasie leczenia wystąpiły. Rzeczywista śmiertelność wahała się więc u szczepionych między 1% a 1·2%, a zatém, lekko licząc, do 100 osób uratowanych zostało. Z 233 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta umarło tylko 4, bez szczepienia zaś byłoby zmarło co najmniéj 40. Ze 186 pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta w głowę lub twarz zmarło tylko 9 osób zamiast 40, a z 48 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe wilki umarło tylko 9 zamiast 30. Od końca 1886 r. po marzec 1887 leczył Pasteur 509 osób pokąsanych przez zwierzęta niewątpliwie wściekłe, a z téj liczby zmarły jedynie 2 osoby, z których jedna pokąsaną została przez wściekłego wilka na miesiąc przed rozpoczęciem leczenia i już 3go dnia leczenia zmarła. Komisyja sądzi zatém stanowczo, że przez Pasteura przedsięwzięte szczepienia ochronne przeszkodziły wystąpieniu wścieklizny w znacznéj liczbie przypadków, w których bez szczepienia nastałaby była śmierć z wścieklizny. Odkrycie Pasteura okazuje daléj, że byłoby możliwém i wybuchowi innych także chorób przez szczepienie zapobiedz. Badania Pasteura przyczyniły się téż znacznie do rozszerzenia i rozwoju naszéj wiedzy o patologii wścieklizny i dostarczyły nam pewnego środka, aby rozstrzygnąć, czy zwierzę, które zginęło, podejrzane o wściekliznę, istotnie było wściekłe, czy nie.

W sprawozdaniu poddano daléj rozbiorowi pytanie, czy metoda szczepienia sama przez się może się stać dla zdrowia i życia niebezpieczną i uwydatniono różnicę między szczepieniem zwykłém i wzmocnioném. Zwykła (powolna) metoda jest stanowczo zupełnie wolną od niebezpieczeństwa dla zdrowia; po wzmocnioném atoli szczepieniu, jakie znajduje zastosowanie w szczególnie ciężkich przypadkach, zdarzyły się przypadki śmierci, które możnaby przypisywać raczéj szczepieniu, aniżeli pierwotnemu zarażeniu. Ten ostatni jednak sposób jest w bardzo ciężkich przypadkach względnie skuteczniejszym niż sposób powolny, gdy co do śmiertelności nie zachodzi różnica. Pojedyncze przypadki, pomiędzy niemi jeden w sprawozdaniu obszerniéj omówiony, pozwalają mieć wątpliwości co do przyczyny śmierci.

Przypadek ten dotyczył Anglika Goffi, pokąsanego w londyńskim szpitalu dla zwierząt przez kota wściekłego. Już dnia następnego po wypadku Pasteur rozpoczął leczyć pokąsanego

metodą wzmocnioną, a leczenie trwało 24 dni. W miesiąc po powrocie do Londynu zmarł chory wśród objawów ostrego wstępującego porażenia (porażenie Landryego). Człowiek ten był nałogowym pijakiem i zaziębił się silnie w czasie powrotu. Prof. Horsley, który dokonał sekcyi, dowiódł przez dalsze szczepienie rdzenia ze zmarłego, że przyczyną śmierci była wścieklizna. Nieudowodnioną atoli rzeczą, aby powodem niepomyślnego wyniku tak w tym, jak i w innych podobnych przypadkach leczonych metodą wzmocnioną, nie mogło być pierwotne zarażenie.

Pasteur zmienił zresztą tę metodę, która jedynie w ciężkich przypadkach znajduje zastosowanie.

Kończą sprawozdanie niektóre praktyczne wskazówki, które dosłownie podajemy: Przy dokładnym rozbiorze sprawy wścieklizny nasunęło się pytanie, czy możnaby w Anglii wybuchowi wścieklizny tamę położyć? Gdyby się okazało, że skuteczność szczepienia ochronnego jest trwałą, to możnaby przez szczepienie wszystkich psów chorobie przeszkodzić. Nie jest atoli prawdopodobném, aby takie ogólne szczepienie właściciele psów dobrowolnie przyjęli, lub aby im obowiązek szczepienia psów nałożyć można. Wystarczylyby jednak pewne policyjne przepisy z dostateczną ścisłością zastosowane. Aby one jednak skutek odniosły, byłoby koniecznem: 1) aby można zarządzić w całym kraju zniszczenie wszystkich psów niemających właścicieli; 2) aby utrzymywanie psów podatkami lub innemi urządzeniami było utrudnioném; 3) aby wzbronić wprowadzania psów z okolic, w których wścieklizna panuje; 4) aby w okolicach, w których zdarzają się przypadki wścieklizny, zaprowadzić obowiązek noszenia przez psy kagańców. Liczne przykłady wykazują, że przez zaprowadzenie powyższych zarządzeń można wściekliznę do wygaśnięcia doprowadzić, lub liczbę przypadków znacznie zredukować. Gdyby w ten sposób nie osiągnięto zmniejszenia, to można na pewne przypuścić, że corocznie zdarzy się znaczna liczba przypadków, które wymagać będą zastosowania pasteurowskiego szczepienia ochronnego. Średnia roczna przypadków śmierci na wściekliznę wynosiła w Anglii w ciągu ostatnich 10 lat do 1885 r. 43, w samym Londynie 8·5. Przypuśćmy, że liczba ta odpowiada tylko 5% pokąsanych osób, to należałoby w całéj Anglii poddać corocznie szczepieniu ochronnemu 860 osób, a w Londynie 170; bo nie będzie rzeczą możliwą stwierdzić, kto z pokąsanych nie zapadnie na wściekliznę, a na kauteryzacyję, wycięcie i inne sposoby leczenia całkiem się spuszczać nie można.

Do sprawozdania dołączono jako dodatki: 1) Wyciąg z protokółów doświadczeń prof. Horsleya; 2) Sprawozdanie członków komitetu co do ich studyjów paryskich; 3) Opis metody pasteurowskiéj. *Dr. Grabowski.*

○ Sprawozdaniem Komisyi angielskiéj co do metody ochronnego szczepienia od wścieklizny (którego streszczenie powyżéj podajemy) zajmują się dzienniki lekarskie wszystkich krajów — francuskie, rozumie się, podnoszą z radością znaczenie tego sprawozdania. Jaką, zaś bronią walczą niektórzy przeciwnicy Pasteura, dowodzi następująca okoliczność. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj paryskiéj dnia 21 czerwca r. b. sekretarz przypomniał list przedłożony przez Petera na posiedzeniu dnia 22 lutego rb., a zapowiedziany kilka dni pierwéj przez znanego przeciwnika Pasteura Amorosę. List ten pochodzić miał od prof. Tommasiego, który w nim donosił, że badania przedsięwzięte przez znanego klinicystę Cantaniego w Neapolu wypadły zupełnie na niekorzyść Pasteura. List ten, jak sekretarz na żądanie Tomassiego obecnie stwierdził, był sfałszowanym. Prof. Cantani, który w skutek tych zajść z Akademii w Neapolu wystąpił, po wyjaśnieniu nadużycia jego imienia cofnął swą dymisyję na prośbę pełnego zebrania Akademii, wyrażoną na posiedzeniu publiczném.

○ Towarzystwo lekarzy czeskich w Pradze wystosowało do Ministerstwa spraw wewnętrznych petycyję w sprawie pomnożenia liczby lekarzy powiatowych i podniesienia ich płac. W petycyi podniesiono, że w żadnym z krajów koronnych nie przypada na lekarzy powiatowych tak znaczny okręg i tak znaczna liczba mieszkańców jak w Czechach. Czechy mają 519·42 kw. myriametr. a 5,370.400 mieszkańców; istnieje zaś, wyłączając miasta własne statuty posiadające, tylko 27 okręgów zdrowotnych, tak że na okrąg przypada 19·23 kw. myriametr. a 198.907 mieszkańców (średnia gęstość zaludnienia wynosi na 1 kw. myriametr 10.348 mieszk.). Co do płac i towarzyskiego stanowiska lekarzy powiatowych, to pierwotnie lekarze powiatowi mieli być zaliczeni do IX klasy, ale ustawą z 24 listopada 1876 zaliczono do téj klasy tylko $^{2}/_{5}$ lekarzy powiatowych, a $^{3}/_{5}$ przydzielono do X klasy. Nie odpowiada to stanowisko trudom, jakie lekarz ponosić musi, zanim posadę lekarza powiatowego osiągnie, posada ta nie daje jak inne rządowe widoków awansu a zajęcia urzędowe nie zezwalają na praktykę lekarską, z tego powodu w petycyi wyrażono prośbę o zaliczenie lekarzy do IX klasy dyjet i aby po pewnym szeregu lat nieskazitelnéj służby mogli być zaliczeni do VIII klasy, jak to ma miejsce z profesorami szkół średnich

* W lutym rb. Paryż liczył mieszkańców 2,225.910, Berlin zaś 1,367.391. W jednym tygodniu urodziło się w Paryżu dzieci 1294, w Berlinie zaś 933; umarło w Paryżu 1160, w Berlinie 609. Gdy zatém śmiertelność w obydwóch stolicach jest równa, liczba porodów w Paryżu o połowę jest mniejszą niż w Berlinie.

* L. 33.221. Okólnik ck. Namiestnictwa do wszystkich pp. c. k. Starostów oraz do WP. Prezydenta miasta Lwowa i Krakowa. Zwraca się uwagę Pana na rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 27 maja 1887 l. 3690 ogłoszone właśnie w dzienniku ustaw państwa a dotyczące wydawania chorym homeopatycznych leków rozcieńczonych przez lekarzy i chirurgów posługujących się homeopatyczną metodą.

W celu ścisłego wykonania tego rozporządzenia poleca się Panu:

1. O treści tegoż zawiadomić wszystkich lekarzy, chirurgów i aptekarzy w powiecie (mieście) zamieszkałych, a mianowicie zawiadomić ich należy, że prawo dyspensowania homeopatycznych leków rozcieńczonych mają tylko lekarze i chirurdzy poświęcający się homeopatycznemu leczeniu, t. j. ci, którzy posługują się przy leczeniu chorych wyłącznie metodą homeopatyczną a co do dyspenzacyi leków postępują według pierwotnych surowych zasad potęgowanego homeopatycznego rozcieńczania. Nadto należy lekarzy i chirurgów homeopatów zawiadomić, iż obowiązani są potrzebne dla swych apteczek domowych pierwotne nastoje i przetwory wyłącznie tylko z aptek krajowych pobierać a udzielając chorym swych homeopatycznych leków rozcieńczonych winni są dołączać kartkę zaopatrzoną podpisem a wskazującą dokładnie udzielony lek co do stopnia rozcieńczenia lub roztarcia.

2. Sporządzić wykaz lekarzy i chirurgów używających w powiecie (mieście) wyłącznie metody homeopatycznéj, a więc uprawnionych do wydawania chorym rozcieńczonych leków homeopatycznych, którychto lekarzy i chirurgów należy w wykazie służby zdrowia uwidocznić.

3. Ponieważ do aptek domowych należy także wliczać apteczki homeopatyczne lekarzy, przeto polecisz Pan lekarzom powiatowym przy wizytacyjach aptek publicznych i domowych lekarzy przekonywać się, czy postanowienia powołanego rozporządzenia ściśle bywają przestrzegane a o poczynionych swych szczególnych spostrzeżeniach winni są zdać o tém sprawę.

4. Ponieważ także i nielekarze używają bardzo często metody homeopatycznéj do nieprawnego wykonywania praktyki lekarskiéj, należy przeciw tego rodzaju nadużyciom stanowczo występować a to opierając się na postanowieniu kancelaryi nadwornéj z d. 9 grudnia 1846 do, l. gub. 76,284 według któregoto postanowienia przepisy istniejące przeciw nieprawnemu wykonywaniu praktyki lekarskiéj, jakotéż przeciw partactwu lekarskiemu, także i przy użyciu metody homeopatycznéj mają być zastosowane. Przytém się zauważa, że nietylko w sposób zarobkowy wykonywane partactwo lekarskie

podlegające karze według §. 343 ust. karnéj lecz także i nieprawne wykonywanie praktyki lekarskiéj, które od najdawniejszych czasów wielokrotnie zarządzeniami władzy ostro bywało wzbraniane i dotychczas jest zabronione. Przeciw partaczom w powiecie (mieście) zamieszkałym zechciéj Pan przeto z wszelką energiją wystąpić w drodze politycznéj przy zastósowaniu rozporządzenia ministeryjalnego z 30 września 1857 Dz. pp. Nr. 198.

5. Również należy wystąpić przeciw niedozwolonemu sprowadzaniu całkowitych homeopatycznych apteczek domowych przez osoby prywatne, czy to z zagranicy, czy téż z kraju, czy téż za pośrednictwem lekarzy homeopatów, a to przez odpowiednie zastósowanie odnośnych przepisów. I tak sprowadzenie z zagranicy leków złożonych, a zatém i homeopatycznych apteczek domowych, zabronione jest rozporządzeniem ministeryjalném z 16 lutego 1870 l. 16,785 wszystkim osobom prywatnym, z wyjątkiem aptekarzy bez osobnego zezwolenia krajowéj władzy politycznéj. Aptekarzom zaś nie wolno jest wydawać stronom bez przepisu lekarskiego leków takich, które w farmakopei lub w cenniku aptekarskim krzyżykiem są oznaczone, które wykazem dawek maksymalnych są objęte lub téż w ogóle ostro działają. Zechciéj Pan przeto zwrócić uwagę aptekarzy, iż nie wolno im wydawać apteczek homeopatycznych, w których się znajdują silnie działające leki (pierwotne tynktury (*Urtinctur)*, pewne trucizny itd.), nawet bez względu na stopień rozcieńczenia tych leków, również lekarzy homeopatów, iż nie są uprawnieni do dostarczania stronom apteczek homeopatycznych lub do pośredniczenia w nabywaniu tychże, gdyż przyznane im prawo dyspenzowania może się odnosić jedynie do udzielania swym pacyjentom rozcieńczonych leków homeopatycznych. Lwów, dnia 28 czerwca 1887. W zastępstwie *Loebl*.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu roku 1887.

Tyfus brzuszny ustępuje, w czerwcu panował w mieście Lwowie i Krakowie, oraz w 43 miejscowościach 28u powiatów; sprawdzono ogółem 963 chorych, z tych wyzdrowiało 698 czyli 72·4%, umarło 49 czyli 5·1%, pozostało w leczeniu 216, w miesiącu poprzednim było chorych nierównie więcéj 1518, także i śmiertelność była większą 6·2%, a w kwietniu br. było chorych 2028, śmiertelność 7·1%, od dwu zatém miesięcy znaczny spadek chorych i przypadków śmierci. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie żółkiewskim, gdzie w 5 gminach 164 chorych a 8 przypadków śmierci stwierdzono, z końcem czerwca pozostało jeszcze 43 chorych w 4 gminach; także w sąsiednim sokalskim było w 4 miejscowościach 71 chorych, lecz przebieg nader łagodny, tak iż tylko jeden chory umarł, wszyscy inni wyzdrowieli. W mieście Lwowie leczono 116 chorych na tyfus (brzuszny i plamisty razem wykazany), z tych 76 w szpitalu powszechnym, 8 w szpitalu św. Zofii a 5 w szpitalu Sióstr Miłosierdzia, razem przeto 89 w leczeniu szpitalném a tylko 27 w domach prywatnych. W mieście Krakowie leczono w czerwcu 32 chorych, z tego 25 żołnierzy, między którymi znaczna panowała śmiertelność, tak iż 11 czyli 44% żołnierzy zmarło.

Także i tyfus plamisty powoli się zmniejsza. Stwierdzono go w mieście Krakowie i w 52 miejscowościach 27 powiatów u 957 chorych, podczas gdy w maju w 60 miejscowościach 1425 chorych sprawdzono. Z 957 w czerwcu leczonych chorych wyzdrowiało 692 czyli 72·5%, umarło 67 czyli 7%, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 198 chorych w 20 miejscowościach. Najwięcéj rozszerzonym był tyfus plamisty w powiecie rawskim, gdzie w 9 gminach 271 chorych stwierdzono, z tych wyzdrowiało 184, umarło 18, pozostało w leczeniu 69 w 7 gminach. W powiecie tarnopolskim było w 4 gminach 105 chorych, z tych wyzdrowiało 98, umarło 4, pozostało 3 w jednéj gminie; w powiecie skałackim w 4 gminach 53 chorych, z tych umarło 4, w jednéj gminie pozostało 7 chorych, inni wyzdrowieli. W powiecie horodeńskim w dwu gminach było w czerwcu 126 chorych, z tych wyzdrowiało 85, umarło 6, pozostało 35 w jednéj gminie. W szpitalu inkwizytów c. k. sądu obwodowego w Stanisławowie panował od lutego do końca czerwca tyfus plamisty, zachorowało 55 osób, na stan więźniów 198, z tych umarło 7 czyli 12·7%. Z tego więzienia został tyfus zawleczonym do wsi Kołodziejówki stanisławowskiego powiatu, tam zachorowało 41 osób czyli 5·3% ludności wsi, umarło zaś 6 osób czyli 15% chorych.

Szkarlatyna, która w maju zdawała się przygasać, w czerwcu ponownie wystąpiła dość groźnie, mianowicie stwierdzono ją w mieście Krakowie i w 31 gminach 19 powiatów u 889 osób, z tych wyzdrowiało 482 czyli 54·2%, umarło 116 czyli 18·7%, pozostało w leczeniu 241 osób (z końcem maja tylko 96) w 20 miejscowościach. W powiecie kałuskim szczególnie groźną była szkarlatyna, w trzech bowiem miejscowościach zachorowało 158 osób, z tych umarło 46, t. j. prawie 30% a 1·2% ludności; w powiecie przemyślańskim było w 3 gminach 163 chorych, z tych umarło 16 = 10%, w powiecie czortkowskim w 3 gminach 146 chorych, z tych umarło 27 czyli 18·5%.

Dyfteryja panowała we Lwowie i Krakowie, a nadto w 5 gminach 3 powiatów (przeważnie w rzeszowskim). Z 97 leczonych chorych wyzdrowiało 50 czyli 51·5%, umarło 35 czyli 36·1%, pozostało w leczeniu 12 osób.

Czerwonka zarówno jak w latach poprzednich, tak i w tym roku z nastaniem gorących dni pojawiła się w kraju naszym. Stwierdzono ją w 5 miejscowościach (przeważnie w powiecie dolińskim) z 66 leczonych chorych, wyzdrowiało 16 czyli 24·2%, umarło 9 (między tymi 8 dzieci) czyli 13·6%, pozostało w leczeniu 41 chorych w 4 gminach.

Odrę sprawdzono w 16 miejscowościach w 10 powiatach; z 597 chorych umarło 24 czyli 4%, inni częścią wyzdrowieli, częścią oddano ich opiece domowéj.

Krztusiec sprawdzono w 16 miejscowościach, z 752 chorych umarło 20, inni wyzdrowieli lub zostali powierzeni opiece domowéj.

Ospa panowała w czerwcu w mieście Lwowie i w 83 miejscowościach 28 powiatów. Z końcem maja pozostało 183 szczepionych i 125 nieszczepionych, do tego przybyło w ciągu czerwca 553 szczepionych i 345 nieszczepionych, tak iż ogółem leczono 1206 (w maju tylko 1066). Z tych wyzdrowiało 546 czyli 45·3% szczepionych i 252 czyli 20·9% nieszczepionych, umarło 45 czyli 3·7% szczepionych i 123 czyli 10·2% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 145 szczepionych i 95 nieszczepionych w 23 gminach. Z końcem czerwca widocznem jest zmniejszenie się epidemii ospy. Najwięcéj była ospa rozszerzoną w powiecie myślenickim, gdzie w 8 miejscowościach 305 chorych stwierdzono, z tych umarło 21 szczepionych a 26 nieszczepionych; z końcem miesiąca pozostało w tym powiecie 86 chorych szczepionych a 35 nieszczepionych, razem 121, t. j. połowa chorych w całym kraju z końcem czerwca wykazanych. W tarnopolskim powiecie było w 8 gminach 133 chorych ospowych, z tych umarło 17 nieszczepionych dzieci, a jedno dziecko szczepione i jeden dorosły nieszczepiony. Nierównie więc korzystniejszy stosunek śmiertelności szczepionych do nieszczepionych niż w poprzednio wymienionym powiecie myślenickim. W mieście Lwowie było 9 przypadków ospy, z tych ośmioro dzieci należało do wałęsającéj się bandy cyganów; wszystkie chore dzieci umieszczono w szpitaliku św. Zofii.

Lwów d. 10 lipca 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34.1. Z błonicy i dławca umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 3 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z gruźlicy 8 (8 z. t.); z zapalenia płuc 5 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło z ospy: w Tarnopolu 4, w Wiedniu 2, w Pradze 2, w Budapeszcie 4, w Tryjeście 4, w Rzymie 7, w Warszawie 8, w Paryżu 13, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Pradze 1, w Gdańsku 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 20. Z odry umarło w Wiedniu 29, w Kołomyi 2, w Mnichowie 39, w Rzymie 15, w Paryżu 58, w Londynie 109, w Stokholmie 17, w Petersburgu 16. Z płonicy umarło w Wiedniu 5, w Gracu 5, w Tryjeście 3, w Pradze 4, w Londynie 15. Z dławca i błonicy umarło w Wiedniu 9, w Pradze 4, we Lwowie 2, w Przemyślu 1, w Tarnopolu 1, w Ber-

linie 24, we Wrocławiu 16, w Mnichowie 8, w Paryżu 30, w Londynie 20, w Kopenhadze 17. Z krztuśca umarło w Wiedniu 2, w Londynie 75.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,5; we Lwowie 25,7; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 46,1; w Przemyślu 32,9; w Tarnopolu 32,6; w Tarnowie 36,5; w Czerniowcach 21,0; w Wiedniu 31,9; w Salcburgu 34,9; w Gracu 38,2; w Tryjeście 26,5; w Insbruku 35,1; w Pradze 38,3; w Bernie 38,1; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 44,6; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 18,9; w Gdańsku 25,5; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 21,7; w Kolonii 24,3; w Lipsku 26,4; w Mnichowie 38,2; w Poznaniu 28,6; w Warszawie 22,1; w Strasburgu 20,0; w Amsterdamie 20,7; w Brukseli 26,1; w Budapeszcie 28,1; w Chrystyjanii 19,0; w Kopenhadze 23,7; w Londynie 17,9; w Odesie 21,9; w Paryżu 24,5; w Petersburgu 28,2; w Rzymie 27,9; w Stokholmie 24,0; w Wenecyi 21,2. *J. B.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,6. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 3 (4 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (5 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gruźlicy 5 (8 z. t.); z zapalenia płuc 7 (3 z. t.); z zapalenia jelit 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 4 płonicy, 3 krztuśca, 1 duru osutkowego i 2 róży. W tygodniu od 12—18 czerwca umarło z ospy: w Czerniowcach 1, w Wiedniu i Budapeszcie po 1, w Pradze 11, w Tryjeście 3, w Rzymie 4, w Paryżu 13, w Warszawie 12, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 38, w Petersburgu 11. Z odry umarło w Wiedniu 18, w Kołomyi 1, we Wrocławiu 7, w Mnichowie 41, w Rzymie 22, w Paryżu 48, w Londynie 113, w Stokholmie 28, w Petersburgu 12. Z płonicy umarło w w Wiedniu 10, w Petersburgu 13, w Opawie 1, w Stanisławowie 1. Z dławca i błonicy umarło w Wiedniu 7, we Lwowie i Tarnowie po 1; w Berlinie 22, w Paryżu 28, w Londynie 25. Z krztuśca umarło w Wiedniu 2, w Pradze 2, we Lwowie 2, w Przemyślu 1, w Stanisławowie 1, w Paryżu 10, w Londynie 66, w Petersburgu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,5; we Lwowie 36,2; w Brodach 27,9; w Drohobyczu 21,9; w Kołomyi 38,1; w Przemyślu 37,0; w Stanisławowie 35,1; w Tarnopolu 21,7; w Tarnowie 22,3; w Czerniowcach 22,0; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 24,1; w Wiedniu 31,3; w Salcburgu 9,7; w Gracu 27,8; w Tryjeście 22,8; w Insbruku 30,4; w Pradze 36,5; w Bernie 35,7; w Ołomuńcu 20,4; w Opawie 29,9; w Berlinie 22,0; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 23,2; w Dreźnie 20,9; w Hamburgu 22,8; w Kolonii 29,0; w Lipsku 20,0; w Mnichowie 37,5; w Strasburgu 20,0; w Brukseli 26,1; w Budapeszcie 31,5; w Chrystyjanii 22,9; w Kopenhadze 24,7; w Londynie 17,2; w Odesie 33,5; w Paryżu 23,2; w Petersburgu 27,4; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 25,9; w Wenecyi 22,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lipca. Postanowieniem z d. 2 bm. N. Pan zamianował Dra Ludwika Rydygiera z Chełmna zwyczajnym profesorem chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Nowomianowany prof. Rydygier bawi od kilku dni w naszém mieście, wezwany przez dziekana celem rozpatrywania się w planach budować się mającéj kliniki chirurgicznéj.

* Na posiedzeniu w d. 8 bm. odbytém Wydział lekarski zamianował Dra Józefa Surzyckiego pierwszym, a Dra Mikołaja Buzdygana drugim asystentem przy klinice lekarskiéj, Dra Albina Schwarza zaś asystentem przy klinice chorób skórnych i kiłowych, wszystkich na 2 lata.

* Piszą nam z Pragi czeskiéj d. 9 lipca: Dziś przed południem odbył się wykład habilitacyjny Dra Obrzuta przed licznie zebraném gronem profesorów Wydziału lek. czeskiego i uczniów. Prelegent mówił o „zapaleniu płuc serowatém“ i demonstrował odpowiednie preparaty mikroskopowe.

* Z Karlsbadu donosi nam docent Jaworski, że nazwa nowéj soli karlsbadzkiéj (*Karlsbader Quellsalz*) zostaje w bieżącym roku zmienioną na nazwę: *Natürliches Karlsbader Sprudelsalz pulverförmig*. Opakowanie, które pierwéj miało miejsce w słoikach okrągłych, zostało zmienione na słoiki czworoboczne zawierające 125 gramów téj soli. Nowy ten przetwór sprudlowy „w proszku“ jednak i obecnie zupełnie tak samo otrzymuje się z wody sprudlowéj, jak i dotychczas *Quellsalz*, przedstawia ten sam stosunek ilościowy wszystkich składników we wodzie rozpuszczalnych, co woda sprudlowa i to samo zachowanie pod względem klinicznym, jakie wykazał doc. Jaworski w pracy ogłoszonéj 1884 w *Przeglądzie* dla *Quellsalz*. Nie należy przeto ten przetwór uważać jako dawną sól sprudlową sproszkowaną, która również jeszcze dotąd w podobném opakowaniu pod nazwą *Natürliches karlsbader Sprudelsalz krystallisirt* w handlu istnieje, a jest prawie tylko czystą wodą glauberską. Zamiarem zarządu miejskiego jest jednak tę krystaliczną sól powoli z handlu usunąć, a tylko sól w proszku nadal pozostawić, która z powodu swego składu rzeczywiście na miano *Natürliches karlsbader Sprudelsalz pulverförmig* zasługuje.

* W Krynicy bawiło dotąd gości 1079, w Iwoniczu 594, w Żegiestowie 192, w Szczawnicy 641, w Cieplicach czeskich 3786, w Gainfarn 726.

* **Berlin**. Rozporządzeniem królewskiém z d. 29 czerwca rb. oba zakłady weterynarskie królestwa (w Berlinie i Hanowerze) zamienione zostały w uniwersytety. Pierwszym rektorem wszechnicy weterynarskiéj berlińskiéj mianowany został na 3 lata prof. anatomii Müller. Wszechnica ta, istniejąca od r. 1790, liczy obecnie 9 profesorów zwyczajnych, 1 nauczyciela pomocniczego, 1 prosektora, 2 repetytorów i 5 asystentów, uczniów jest 150.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berno szwajcarskie**. Dr. Brühl habilitował się jako docent ginekologii. — **Marburg**. Prof. Gasser z Berna powołany został na katedrę anatomii opisowéj. — **Praga czeska**. Dziekanem Wydziału lek. niemieckiego wybrany prof. Knoll. — **Insbruk**. Rektorem uniwersytetu wybrany prof. chirurgii Nicoladoni, dziekanem wydziału lek. prof. Rokitansky.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Ignacy Porębowicz z Sosnowca w Król. Polskiém i Stefan Schöngut rodem z Bochni.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Matlakowskiego: Wycięcie odbytnicy przy jéj wypadnięciu, oraz rzadki przypadek brodawczaka; Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 28: Kaczorowskiego: Przyczynek do leczenia morfinizmu; Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (dok.).

Redakcyja otrzymała:

S. MEYERSON: Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. (Odbitka z *Medycyny* 1887), in 8vo, str. 8.

Dr. O. BUJWID: Pięć odczytów o bakteryjach. Warszawa 1887, in 8vo, str. 45.

Piśmiennictwo lekarskie

BILLROTH u. v. WINIWARTER, Die allgemeine chirurgische Pathologie u. Therapie. 13. Aufl gr. 8. M. Holzschn. Berlin, G. Reimer. M. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 23 Lipca 1887. Nr. 30.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacyja Alexandra w obec wypadnięcia macicy.

Podał
Władysław Matlakowski,
ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Gdy oba więzy lub jeden z nich, stosownie do celów operacyi zostały dostatecznie wyciągnięte, a macica znajduje się już w żądaném położeniu, umacnia się więzy w ten sposób, że się je przyszywa katgutem do ramion obrączki pachwinowéj, przechodząc igłą najprzód przez jedno ramię, potém przez wiąz, a w końcu przez drugie ramię; takich szwów zakładałem 3—4, tak że za pomocą nich nietylko przytwierdzałem wiąz, ale zarazem i zamykałem zupełnie obrączkę pachwinową. Dalszą część więzu, na zewnątrz od zeszytéj obrączki, przyszywałem do tkanki tłuszczowéj podskórnéj, poczém wyciąwszy zupełnie resztę więzu, długości 8—12 cm., zaszywałem ranę całkowicie, zostawiając tylko w dolnym kącie malutki rozporek dla wypływu krwi, w razie gdyby się jéj miało więcéj nagromadzić w ranie. W dwóch pierwszych operacyjach wkładałem krótkie sączki, uważam je jednak za zbyteczne, przeszkadzają bowiem zlepieniu się tkanek i szybkiemu zagojeniu, które najlepiéj przychodzi do skutku pod wilgotnym strupem.

Operacyję właśnie opisaną można z punktu technicznego uważać za tak klasyczną, jak typowe podwiązanie danego pnia tętniczego *in loco electionis* i wszelkie zarzuty pod tym względem przeciw niéj skierowane dowodzą tylko błędów samych autorów. Zatrzymamy się nad niektóremi z nich, pomijając inne, jako zdradzające w operatorach niedostateczne przygotowanie ogólnie-chirurgiczne.

Podczas gdy jedni jak Alexander, Sinclair, Duncan, Duplay i inni, do których i jabym się przyłączył, uważają operacyję za bardzo łatwą, szczególniéj w dzisiejszych czasach, kiedy tyle ciężkich operacyj jest na porządku dziennym, są inni przeciwnego zdania, opierając się na swoich, zresztą nielicznych spostrzeżeniach. Lediard jeden z pierwszych, którzy poszli za przykładem Alexandra-Adamsa, napróżno szukał więzu okrągłego i podobnie jak Deneffe operacyi dokonać nie mógł w dwóch przypadkach. Podobnież Mundé dwa razy (na 4 przypadki) nie zdołał znaleźć więzów, Polk zaś w jednym przypadku musiał otworzyć kanał pachwinowy również z powodu trudności w odnalezieniu więzu. Sławiansky (27) na 9 przypadków dwa razy więzów nie znalazł, a 5—6 razy z trudnością. Croom szukał całą godzinę po jednéj stronie, zanim wiąz odnalazł, a po drugiéj musiał operacyi zaniechać, Skene Keith zaś szukał $1\frac{1}{2}$ godziny; sam nawet Alexander w jednym przypadku nie zdołał odszukać więzów z powodu przepukliny pachwinowéj wrodzonéj po obu stronach. Totéż autor ten w jednéj ze swoich publikacyj (*Brit. med. Jour.* 1885 za listopad str. 960) wyraża się oględniéj, twierdząc, że więzy są tworami delikatnemi i trudnemi do odszukania, a operacyja wbrew zdaniu Duncana, który utrzymuje, iż może ją wykonać nawet nowicyjusz w chirurgii, może się zupełnie nie powieść nawet doświadczonemu chirurgowi. Niektórzy (Mundé 14) wyrażają nawet przypuszczenie, iż w niektórych razach może brakować więzów, a chociaż do tego samego wniosku doszli Tissier i Hache (25) na mocy sekcyj na zwłokach, to jednakże ściślejsze badania anatomiczne przedsięwzięte przez Dolérisa (24), Beurniera (25) od czasu jak więzy okrągłe nabrały praktycznego znaczenia potwierdziły twierdzenia zawarte w dotychczasowych klasycznych podręcznikach anatomii, że więzy te istnieją u wszystkich kobiet, chociaż u rozmaitych osób zachodzą znaczne różnice co do ich grubości. Inna wszelako rzecz z ich odnalezieniem na żywéj kobiecie. Na trupach, zwłaszcza chudych, udawało mi się odkryć więzy niemal za jednem cięciem. Doléris wbrew swojemu pierwiastkowemu twierdzeniu powiada, że na świeżych trupach znalezienie więzów nie przedstawia żadnéj trudności. Na żywéj kobiecie z powodu krwawienia operacyja może być trudniejszą. Nie mogłem téż

zauważyć wpływu wieku; niektórzy autorowie utrzymują, jakoby u starych kobiet z wiotkiemi mięśniami więzy były zanikłe; co do mnie, to zarówno u dwóch chorych, jak i na kilku trupach kobiet podeszłego wieku i bardzo wyniszczonych znalazłem więzy z łatwością. Natomiast otyłość bardzo utrudnia odszukanie więzu, raz przez to, że się operuje na dnie rany daleko głębszéj niż u chudego, powtóre przez to, że gruby pokład tkanki tłuszczowéj nie pozwala dokładnie wymacać kolca łonowego oraz obrączki pachwinowéj, wreszcie i najbardziéj przez to, iż pęczki, na które rozpada się koniec więzu po wyjściu z przewodu, rozpraszają się wśród grubéj poduszeczki tłuszczowéj. A zatém odosobnienie więzów może przedstawiać rzeczywistą trudność. Wyżéj już podałem główne punkty, jakich się trzymać trzeba; tu tylko dodam, że nie należy przez dłubanie zanadto rozszczepiać tkanki, wypełniającéj przewód pachwinowy; owszem autorowie doświadczeni w téj mierze, jak Aleksander, radzą podprowadzić igłę anewryzmatyczną naokoło wszystkich tkanek, wychodzących z przewodu i pociągając za cały pęczek, składający się z włókien więzu, otaczającéj je tkanki łącznéj i tłuszczowéj i t. d., wydobyć dalszą mocniejszą i wyraźniejszą część tego tworu. Należy się też wystrzegać błędu, jaki łatwo zdarzyć się może w przypadku, gdy otwór przewodu pachwinowego jest ciasny, aby nie wziąć zań innéj jakiéj szpary w *aponeurosis m. obliqui externi.* Przy wyciąganiu, jak to już zaznaczyłem, trzeba używać z początku większéj siły, w celu oddzielenia więzu od słupów *(columnae)*; następnie części więzu poddają się wyciąganiu daleko łatwiéj. Oczywiście przed operacyją należy się przekonać, że macicę można odprowadzić do prawidłowego położenia, zwłaszcza dotyczy to operacyi Alexandra przy *retroversio;* zdarzało się bowiem, że macica była utwierdzoną w położeniu nieprawidłowém, z którego wcale jéj wyciągnąć nie było można przez pociąganie za więzy (Polk). Przy wypadnięciu zazwyczaj macicę udaje się odprowadzić i do wyjątków należą przypadki, w których trudno jest wyciągnąć więzy (Parish) prawdopodobnie z powodu ściślejszego zrośnięcia ich z otaczającemi tkankami w następstwie po przewlekłych zapaleniach. Przy kruchości więzu, może się tenże oderwać (Polk); w 4tym z moich przypadków również pękł lewy wiąz, lecz koniec środkowy schwyciłem i wyciągnąłem dalszą część; wiąz w tym razie był wyraźny, okrągły i twardy, a chora młodą i dobrze odżywioną dziewczyną. Na podstawie tego przypadku, oraz dwóch pierwszych, w których bez względu na późny wiek chorych i ich wyniszczenie, więzy były wyraźne i bardzo mocne, nie mógłbym się zgodzić ze zdaniem niektórych autorów (Allan, Mundé, Lebedew), jakoby z wieku i stanu ogólnego można było wnosić o wytrzymałości więzów.

Wyżéj podałem sposób umocowywania więzów, jaki jedynie odpowiada obecnemu stanowi chirurgii i jaki przyjęty jest przez lepszych operatorów, między innymi przez Alexandra. Byli jednak tacy, co chcąc zapewnić jeszcze bardziéj więzy w ich nowém położeniu, proponowali osobliwe sposoby: niektórzy po przyszyciu więzów do słupów obrączki pachwinowéj, resztę więzu zwiniętego zostawiali w ranie, celem lepszego zatkania kanału (Monzique), oraz mocniejszego przyrośnięcia; Lediard proponował okręcać je naokoło pałeczki i pozostawiać na zewnątrz rany póty aż odpadną *(to wind round a piece of stick and leave it like a pedicle projecting through the wound to fall off naturally)*; to znów widziałem, jak Reeves związał końce obu więzów na supeł ponad wzgórkiem łonowym; to samo zrobił James Allan (8). Inni przyszywali więzy do saméj skóry (Lediard w drugim przypadku) lub do słupów i skóry (Sinclair) tak, że wiąz sterczał między zeszytemi wargami rany skórnéj. Nie podobna zgodzić się na żaden z tych sposobów, prowadzą one bowiem do tego, że obumarły koniec leży w ranie, wywołuje ropienie, trwające nieograniczony przeciąg czasu, przyczém obumieranie może nie ograniczyć się do punktu przyszycia więzu, lecz rozszerzyć się poza ten punkt głębiéj i wywołać zapalenie tkanki łącznéj i t. p. Nic też dziwnego, że przy tak niewłaściwém postępowaniu gojenie się rany przeciągało się znacznie pomimo przestrzegania jakoby ostrożności przeciwgnilnych (w 1szym przypadku Lediarda gojenie trwało 3 miesiące, w 2gim 2 miesiące, w 3cim 3 miesiące, chora przebyła zapalenie tkanki łącznéj, *erythema*, połączone z wysoką gorączką). W przypadku Lawsona Taita (*British. med. Journal* 1885 za lipiec) rana goiła się 9 tygodni, chora omało nie zmarła. Te i tym podobne powikłania łatwo można objaśnić, gdy się zważy, w jaki sposób stosują przeważnie chirurgowie angielscy antiseptykę ran; innym znowu ta ostatnia nie udaje się (np. Reid radzi używać sprayu, mimo to dodaje, że niewielka jest nadzieja rychłego zrostu). Wręcz odwrotnie powiedzieć można, iż jeżeli tylko postępowało się ściśle antiseptycznie rana bezwarunkowo goi się *per primam*, pod warunkiem, że końce więzów nie wystają z rany, która goić się powinna pod wilgotnym strupem.

Przyszycie więzów do *columnae* przewodu pachwinowego przy spokojném położeniu choréj w łóżku wystarcza do mocnego ich przyrośnięcia w ciągu 3—4 tygodni nie tylko w granicach samego przewodu, lecz także i niżéj wzdłuż ich przebiegu, godzi się bowiem przypuszczać, że skutkiem pociągania za więzy na całéj rozciągłości ich powstaje w otaczającéj je tkance zapalenie zlepne mocniéj je utwierdzające w ich łożysku; wszelkie zatém szczególne sposoby, mające na celu zapobieżenie zbyt rychłemu cofnięciu się lub ucieczce więzów z przewodów napowrót do brzucha są zbyteczne, a jak widzieliśmy, narażają chore co najmniéj na długie gojenie się rany.

Przy ścisłém rozważeniu rzeczy płonnemi też są obawy i wynikające ztąd zarzuty, jakoby operacyja miała usposabiać do przepukliny. Każdy łatwo przekonać się może na trupie, że przy wyciąganiu więzu od strony otrzewny powstaje lejkowate zagłębienie, tworzące się przez to, że wyciągany wiąz pociąga za sobą i pokrywającą go otrzewnę. Doléris w jednym przypadku na trupie wciągnął w przewód pachwinowy razem z więzem sieć, która była szeroko przyrosłą do otrzewny ściennéj pokrywającéj wiąz i tym sposobem sztucznie wytworzył przepuklinę. Zeiss (28) zaś rzeczywiście widział przepuklinę po téj operacyi. Imlach w dwóch przypadkach, obawiając się przepukliny, zalecił noszenie opaski. To dało powód przeciwnikom operacyi do zarzutów, przyczém niektórzy (Sutugin 30) zestawili na równi doświadczenie na trupie Dolérisa z obserwacyją Zeissa.

Zarzut usposabiania do przepukliny jest zupełnie bezpodstawny, jeśli tylko wykonać operacyję w sposób wyżéj podany, gdyż wtedy operacyja Alexandra niczém nie różni się od metody praktykowanéj w celu doszczętnego leczenia przepuklin; z drugiéj strony rana powinna się zagoić *per primam*, gdzie bowiem odbywa się długotrwałe ropienie, gdzie odgniwa koniec więzu, tam pozostanie blizna, która przy silném ciśnieniu w jamie brzusznéj może się rozciągać i usposabiać do przepuklin. Przy wyciąganiu więzu, zwłaszcza głębszego jego odcinka zawsze wywija się naokoło

niego lejek otrzewny, jednakowoż lejek ten nie pozostaje w przewodzie pachwinowym, który zaszywamy, lecz głębiéj, na wewnątrz od płaszczyzny, w któréj się szyje. Wątpliwości nie ulega, że zapalenie występujące w tkankach około więzu, prowadzi do zrostów w owym lejku, szczególniéj w jego wierzchołku. Wreszcie, gdyby pochewka ta istotnie wydawać się mogła groźną, można za przykładem Adamsa (*Brit. med. Journal* 1885, październik 3) przeszyć ją kilku szwami katgutowemi.

Można powiedzieć, że operacyja Alexandra nie pociąga za sobą żadnych niebezpieczeństw. Ogłoszono wprawdzie przypadki z zejściem śmiertelném (Hermann (19), Alexander wspomina o 3, a Duncan (22) o 7), ale wyżéj już wykazałem, czemu przypisać należy ten fatalny wynik; owszem porównywając tę cyfrę z liczbą wykonanych operacyj [350 według Duncana w 1885 r., który nie podaje źródeł, 118 wedle Fraenkla w 1886 r. (26)], częstokroć bez zachowania ścisłéj antiseptyki, dziwić się należy, że śmiertelność jest tak małą, zupełnie zatém słusznie twierdzi Alexander (*Brit. med. Journal* 4 *July*), że śmiertelność na seryjo nie wchodzi w rachubę przy rozważaniu wyników téj operacyi. Otwarcia otrzewny, operując ostrożnie, można uniknąć, w razie zaś, gdyby zaszła ta ewentualność, należałoby zaszyć otwór jak zaszywa się przy laparotomii; Duplay (23) radzi lejek otrzewny w razie otwarcia jéj zawiązać; w każdym razie otwarcie to może przejść bezkarnie pod warunkiem, że operacyja była dokonaną ściśle aseptycznie. Burton (6) wspomina, że w jednym przypadku miał w 36 godzin po operacyi krwotok z końca więzu, wyglądającego z rany, w skutek tego radzi go podwiązywać; w jednym przypadku miałem znaczne krwawienie podczas operacyi po wycięciu kawałka więzu, atoli nie z odśrodkowego, lecz z obwodowego końca od strony wzgórka łonowego.

W ogóle powtórzyć mogę, że operacyja, o któréj mowa, z punktu technicznego jest operacyją typową, niepociągającą żadnych następstw szkodliwych i nieprzedstawiającą żadnych niebezpieczeństw. Przechodzę obecnie do drugiego pytania, daleko ważniejszego i trudniejszego do rozstrzygnięcia, a mianowicie: czy operacyja Alexandra-Adamsa rzeczywiście osiąga zamierzony cel, jakim jest wyleczenie z wypadnięcia macicy?

Większość ginekologów, przynajmniéj niemieckich, zgadza się na to, że macica u zdrowéj kobiety nie opuszcza się ku dołowi dla dwóch powodów i 1° dla tego, że podtrzymuje ją z pod spodu pochwa nienaruszona co do swego położenia, kształtu i tęgości ścian, wspierająca się na zdrowém kroczu, oraz 2° dla tego, że ją przytrzymuje od góry otrzewna i to nie pewna, określona jéj część, lub pewien dany wiąz, ale cała otrzewna miednicowa, wielokrotnie wzmocniona przez gładkie włókna mięsne. Powszechnie wiadomo, że macica nie wisi na swoich więzach; owszem od chwili, gdy te więzy zaczynają utrzymywać macicę, rozpoczyna się stan chorobowy: w stanie zdrowia więzy są nienaprężone, wiotkie, bezczynne, przeznaczone tylko do położenia kresu nadmiernym ruchom fizyjologicznym (Fritsch. *Die Lageveränderungen der Gebärmutter* str. 140). Ztąd wypływa, że kto chce przyczynowo leczyć wypadnięcie macicy, ten powinien zadość uczynić powyżéj wymienionym względom: skrócenie więzów oczywiście nic odpowiada wprost żadnemu z obu wskazań. To było powodem, że z wielu stron czyniono zarzuty Alexandrowi, zarzuty niesłuszne, gdyż autor ten nigdy nie utrzymywał, jakoby macica wisiała na więzach okrągłych (*uterus never hangs suspended in the pelvis by the round ligaments as a man hangs suspended from the ceiling by his two arms*).

Jeśli na trupie, zwłaszcza przy wypadnięciu macicy, pociągać za więzy okrągłe, to przekonamy się naocznie, jak to Alquié, Aran, Deneffe, Ravington, Freund i wszyscy nowsi autorowie zgodnie stwierdzają, że macica podnosi się coraz wyżéj, a jednocześnie, gdy podniesienie doszło do *maximum*, układa się *in anteversione*, t. j. zajmuje położenie bardzo bliskie do prawidłowego. W przypadku wypadnięcia na trupie, w którym powtarzałem powyższe doświadczenie, pęcherz był bardzo napełniony moczem; dno unoszonéj macicy przycisnęło go do spojenia łonowego tak mocno, że w górnym odcinku pozostała część moczu i pęcherz podzielony został na dwa oddziały. Jeżeli, wyciągnąwszy więzy do *maximum* przy pustym pęcherzu, umocować je i następnie napełniać pęcherz płynem, to widać, jak macica zostaje podnoszoną, przyczém część pochwowa i szyja w daleko wyższym stopniu aniżeli dno, które przy pewném napełnieniu już daléj podnosić się nie może, poczém macica leży prawie w położeniu poziomém. Z tego wynika, że więzy okrągłe, które w stanie zdrowia nie służą do utrzymywania macicy, mogą spełniać to zadanie w razie przemieszczenia; jeżeli zaś przypomnieć sobie, jak wielką rolę przy wytwarzaniu się wypadnięcia odgrywa tyłopochylenie, skrócenie więzów zapobiegające temu ostatniemu i przywracające macicy położenie prawie prawidłowe i z téj strony wydać się musi pożyteczném. Gdy w ten sposób macica wraca do położenia prawidłowego, pociąga za sobą wypadłą i wywiniętą pochwę, któréj jednak dolny odcinek zwiesza się i wywija na zewnątrz sromu w postaci dwóch stykających się guzów; w przednim z nich może pomieszczać się część pęcherza po dawnemu: *vesicocele*. (Dok. nast.)

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Wrażenia jednak zmysłowe nietylko są niezbędne dla prawidłowości ruchów; sprawa dostawania się do świadomości zależy także od nich; jak tylko wrażenia te zostaną w jakikolwiek sposób usunięte, świadomość znika i pozostaje tylko zdolność do czynności nieświadomych, automatycznych. Ten sam Strümpel wspomina o chorym, który był zupełnie pozbawiony czucia skóry, przedstawiał zupełny brak smaku i powonienia, był głuchy na prawe ucho i ślepy na lewe oko; u tego chorego zamknięcie oka prawego i zatkanie ucha lewego wywoływało prawie bezpośrednio głęboki sen i zupełną utratę świadomości.

Jakkolwiek wrażenia i inne stany psychiczne dochodzą do świadomości kolejno, to jednak będąc w jednym stanie możemy wywołać inny, poprzedzający, to jest przypomnieć go sobie, uprzytomnić. Na tym związku stanów świadomych opiera się poczucie naszéj jaźni, naszéj nieprzerwalnéj tożsamości, od chwili uświadomienia się pierwszego stanu psychicznego; to poczucie znika, jak tylko sprawa uświadomienia się ustaje. Na podstawie spostrzeżeń na sobie możemy zauważyć, że między jednym a drugim stanem istnieje szereg stopni przejściowych, tak n. p. we śnie prawidłowym, mając widzenie, niekiedy odczuwamy mimo niecodpowiedności warunków, wśród których się widzimy, że jesteśmy têm samém ja, a nawet, że to jest sen. To po-

czucie może być mniéj lub więcéj wyraźne. Jeśli widzenia same są bardzo wyraźne, to po obudzeniu się możemy je sobie przypomnieć, uświadomić. Nie istnieje jednak pomiędzy pojedyńczemi obrazami widzenia ta prawidłowość, z jaką zwykle przypominamy sobie poprzedzające stany świadome. Jakkolwiek widzenia takie zostają uświadomione, to jednak w stanie prawidłowym odróżniamy je od rzeczywistości a ten fakt jeszcze raz stwierdza, jak ważną rolę odgrywają wrażenia zmysłowe przy uświadomieniu się tych lub owych stanów psychicznych, aby te stany mogły stanowić całość i składać się na wytworzenie naszéj jaźni. Wrażenia otrzymywane służą do kontroli wszechstronnéj powstającego stanu, np. wyobrażenia, i tylko na podstawie téj kontroli, na podstawie zgodności poprzedzających stanów z następnemi, nasza j a ź ń uważa go za stan odpowiadający rzeczywistości lub nie. Prawda, w czynnościach psychicznych wyższych kategoryj zależność ta nie jest tak widoczną lecz i tam analizując je i rozkładając na pierwotne składniki można ją niewątpliwie wykazać. Zastanawiając się zatém nad stopniowym rozwojem czynności nerwowych w ogóle i psychicznych w szczególności od chwili powstania organizmu, rozwojem, który postępuje równolegle z rozwojem anatomicznym układu nerwowego, nad stopniowym zanikiem ich w starości, nad zmianami w skutek spraw patologicznych i środków odurzających i nad zmianami w stanie prawidłowym, pomimo, że do dziś dnia nie możemy wytłumaczyć, w jaki sposób ze spraw materyjalnych w ośrodkach nerwowych powstają sprawy psychiczne, znajdujemy niewątpliwą podstawę do przypuszczenia, że wszystkim sprawom psychicznym towarzyszą odpowiednie zmiany materyjalne i że bez tych zmian, żaden stan psychiczny powstać nie może.

W stanie hypnotycznym widzieliśmy zmiany przeważnie w czynnościach psychicznych, otóż musimy się teraz zastanowić nad kwestyją, od jakich zmian materyjalnych mogą one zależeć i w jaki sposób powstają. Nie wchodząc w rozbiór teoryj poszczególnych autorów, gdyż na to potrzebaby chyba całego dzieła zauważam tylko tyle, że większa część fizyjologów, którzy się hypnotyzmem sami zajmowali, upatruje przyczynę tego stanu w sprawach tamujących. Osoba hypnotyzująca się skupiając uwagę na pewną myśl lub wyobrażenie, jakby dowolnie pozbawia siebie możności otrzymywania wrażeń zmysłowych, ponieważ to skupienie uwagi tamuje czynność innych ośrodków kory mózgowéj, a przynajmniéj zmniejsza ich pobudliwość; wrażenia więc otrzymywane nie dochodzą do świadomości; jeżeli to zatamowanie jest dość znaczne, osoba taka staje się oczywiście do pewnego stopnia podobną do chorego, którego opisuje Strümpel. Nie otrzymując wrażeń niezbędnych do utrzymania świadomości, hypnotyk zasypia, przytém wszystkie ośrodki, przyjmujące udział w świadomych czynnościach mózgu zostają zatamowane. Rzecz się nie zmienia, jeżeli osoba hypnotyzująca się zamiast skupienia uwagi na pewnéj myśli, skupia ją na rękoczynach hypnotyzera lub na błyszczącéj kuleczce; wprawdzie otrzymuje tu z początku pewne wrażenie, lecz zmysły się stopniowo przytępiają, wrażenie słabnie, i wkrótce w miarę tego przytępienia osoba taka staje się także podobną do przytoczonego wyżéj chorego. Tak w pierwszym jak i w drugim przypadku hypnotyk zasypia. Sen jednak hypnotyczny tém się różni od snu zwyczajnego, że w nim zwykle sprawy tamujące obejmują tylko najwyższe warstwy mózgu, tylko ośrodki przyjmujące udział w świadomych czynnościach, podczas kiedy we śnie prawidłowym zmniejsza się pobudliwość całego układu nerwowego nawet ośrodków odruchowych (Rosenbach, Tarchanow), usypia cały układ nerwowy, z wyjątkiem tych grup ośrodków, których praca jest niezbędną dla podtrzymania pewnych czynności fizyjologicznych. Wiadomo, że im sen zwyczajny jest głębszy, tém wyraźniéj występuje obniżenie pobudliwości wszystkich ośrodków nerwowych. Śpiący nietylko się nie porusza, lecz w ogóle żadnych ruchów koordynowanych nie jest w stanie wykonywać. Odwrotnie, im sen jest lżejszy, tém obniżenie pobudliwości ośrodków obejmuje mniejszy zakres, pewne czynności mogą być wykonywane dość łatwo i nakoniec w somnambulizmie naturalnym mamy stan zupełnie analogiczny do stanu hypnotycznego. Tu tak jak i w hypnotyzmie mamy zawieszenie czynności tylko najwyższych ośrodków mózgu; brak spraw świadomych, a w skutek tego i wpływów tamujących niższe warstwy mózgu i rdzenia, sprawia to, że pobudliwość tych warstw się zwiększa i oto przyczyna, dla czego tak hypnotyk jak i somnambulik mogą być wrażliwszymi na pewne podniety zewnętrzne, które wywołują szereg czynności automatycznych bez udziału świadomości. Oczywiście, że stosunek mechanizmów zatamowanych do mechanizmów wolnych od tych wpływów, może się zmieniać w każdym danym przypadku i dawać nam szereg nieskończony najrozmaitszych kombinacyj; lecz we wszystkich zjawiskach możemy odnaleźć tę wspólną cechę, że sprawa uświadomienia się jest zawsze przytłumioną i wszystkie czynności wykonywa śpiący jakby odruchowo. Łatwość, z jaką w téj lub innéj okolicy układu nerwowego występują sprawy tamujące, zależy od organizacyi tegoż układu. U hypnotyków i somnambulików naturalnych najprzód obejmują one tylko najwyższe sfery mózgu i to jest cechą charakteryzującą te układy nerwowe.

Mając przed sobą hypnotyków z jednéj, a wszystkie znane nam sprawy fizyjologiczne i psychologiczne z drugiéj strony musimy przyznać, że to jest najprawdopodobniejsze przypuszczenie, dające możność przy głębszém zastanowieniu się wytłumaczyć prawie wszystkie zjawiska hypnotyczne; weźmy np. pewną halucynacyję: mówię hypnotykowi: „widzisz śnieg!“ Dźwiękowe wrażenie doszedłszy do odpowiednich ośrodków wywoła u hypnotyka odpowiednie wyobrażenie tak samo jak i w stanie czuwania, lecz podczas gdy w stanie czuwania inne wrażenia, przypomnienie stanów poprzednich itp., mogłyby przeczyć temu, teraz w skutek braku wszystkich kontrolujących czynników wywołane wyobrażenie musi pozostać, a niekiedy wywołać nawet inne skojarzone z nim stany np. uczucie zimna, tém bardziéj, jeśli hypnotykowi poddam jeszcze nowe wrażenie, np. będę go upewniał, że jest zimno, przyjmuję odpowiedni wyraz twarzy itp. Uczucie zimna może z kolei wywołać nawet gęsią skórę. Jak te stany przedstawiają się hypnotykowi oczywiście nie wiemy, lecz sądzimy o nich na podstawie zewnętrznego zachowania się hypnotyka i przypuszczamy, że ma halucynacyję. Obudzony hypnotyk o niczem nie pamięta, lecz zmiany wywołane w niektórych narządach, w krążeniu krwi, w mięśniach skóry dostarczają mu tych samych wrażeń, jakie zwykł otrzymywać na chłodzie i hypnotyk rzeczywiście czuje zimno, lecz o niczém więcéj nie pamięta. Zapytując go w odpowiedni sposób możemy wywołać przypomnienie halucynacyi zupełnie tak samo jak pewne wrażenia mogą przypomnieć nam senne widzenia.

Zmiany w krążeniu krwi zachodzące w tym stanie w skutek wywołanych wyobrażeń, lub innych stanów psychicznych, mogą jeszcze bardziéj zmienić pobudliwość tych

lub innych ośrodków i to może być przyczyną pewnéj nadczułości w tych ośrodkach, lecz nie podobna zgodzić się z Kaanem [59]), że one są pierwotną przyczyną. Stan hypnotyczny powstaje i ustępuje niekiedy tak szybko, że żadne zmiany w krążeniu w tym czasie nie mogłyby powstać; dla tego większe ma prawdopodobieństwo przypuszczenie, że stan ten jest skutkiem pewnych zmian molekularnych, za jakie fizyjologija uważa dziś sprawy tamujące.

Sprawa tamowania ośrodków nerwowych, jak i każda inna czynność układu nerwowego, têm łatwiéj może nastąpić im częściéj się powtarza, ba nawet stać się tak pożądaną dla hypnotyka, jak morfin dla morfinisty; toż samo można powiedzieć o tych lub owych objawach stanu hypnotycznego.

Ponieważ pierwiastki każdéj myśli pochodzą ze sfery nieświadoméj więc nietylko poddawanie w stanie hypnotycznym może wywołać podobną halucynacyję, ale może ona powstać także w skutek t. zw. samopoddawania, to jest dłuższego zastanowienia się nad pewną myślą, wyobrażeniem lub uczuciem; oczywiście i po utracie świadomości zmiany w odpowiednich ośrodkach będą wybitniejsze aniżeli w innych i każde wrażenie nieświadome, otrzymane podczas snu hypnotycznego, skojarzone w jakikolwiekbądź sposób z temi czynnościami, łatwiéj je wywoła aniżeli inne. Tak samo rzecz się ma z poddawaniami terminowemi.

Nie mogę się tu zastanawiać nad każdém zjawiskiem w szczególności, lecz zmuszony jestem zrobić tę uwagę, że układ nerwowy człowieka, u którego lada powiew wiatru może zdmuchnąć najwyższą czynność tego układu, sprawę uświadamiania się, nie może być uważany za prawidłowy. Poddawanie w stanie czuwania, podczas którego najwyższe władze umysłowe znikają w jednéj chwili, jest najlepszym dowodem nieprawidłowości takiego układu. Podobne zjawiska, jakkolwiek w skutek innych przyczyn, obserwujemy tylko w stanach niewątpliwie chorobowych (*hysteryja, hysteroepilepsyja, chorea* itp.). Pomimo więc twierdzenia, że stan hypnotyczny można wywołać u osób zupełnie zdrowych, nie można z têm się zgodzić i wypada go zaliczyć również do kategoryi nerwic. Za têm pokrewieństwem przemawia także ta okoliczność, że stan ten bądźcobądź najłatwiéj wywołać u osób cierpiących na nerwice, w ogóle u osób „nerwowych“ i że przeważnie tylko u pierwszych wywołane zjawiska najbardziéj zwracają uwagę badaczy. Zależy więc on również od pewnych zboczeń w czynnościach mózgowych i podług wszelkiego prawdopodobieństwa od zboczeń w działaniu impulsów tamujących na ośrodki świadomych czynności mózgu. Wprawdzie nie możemy dziś podać z matematyczną ścisłością mechanizmu każdego zjawiska hypnotycznego, bo to zależy od ogólnego stanu wiedzy, stanu dzisiejszego fizyjologii układu nerwowego i psychologii. W każdym jednak razie nie widzimy najmniejszéj podstawy do rozprawiania o płynach magnetycznych, o bezpośredniém przelewaniu się nieznanych nam prądów z jednego systemu nerwowego do drugiego, o nastrajaniu za pomocą tych prądów nerwów hypnotyka, a nawet całego organizmu, na jeden ton z nerwami magnetyzera, o sympatyi wewnętrznéj organizmów itp.

Teraz pozostaje nam zastanowić się jeszcze nad kwestyją, jakie znaczenie może mieć hypnotyzm jako czynnik społeczny, środek terapeutyczny i pedagogiczny, nakoniec jako przedmiot badań naukowych.

Nie podlega wątpliwości, że rozpowszechnienie hypnotyzowania, popularyzowanie hypnotyzmu, może wywrzeć podwójnie szkodliwy wpływ na pewne jednostki społeczeństwa. Nasamprzód utrata świadomości i automatyzm czyni hypnotyka zupełnie zależnym od hypnotyzera i może go uczynić ofiarą najrozmaitszych niemoralnych popędów ze strony tegoż. Rzeczywiście w literaturze hypnotycznéj możemy znaleźć już dość liczne dowody, że to są fakta możebne, fakta takie bywały nawet przedmiotem sądowego dochodzenia. Daléj są fakta, które świadczą, że w stanie hypnotycznym można wymódz najrozmaitsze obietnice na piśmie, podpisywanie weksli itp. Powtóre hypnotycy, którym można poddawać pewne czynności na dłuższe terminy, są w stanie sami wykonywać różne przestępstwa, dopuszczać się kradzieży, zabójstwa itp. W obu razach czynności te wykonywa hypnotyk nieświadomie, bez najmniejszego udziału swéj woli, to téż trzeba go w skutek tego uważać za niepoczytnego. Prócz tego, przy sądowych dochodzeniach, hypnotyków można używać jako fałszywych świadków, pomimo ich woli, gdyż nawet w stanie czuwania mogą pamiętać niektóre halucynacyje, które w skutek kilkakrotnego poddawania mogą być tak wyraźne, że hypnotyk przypomina je sobie jako fakta realne.

Przy têm wszystkiém niezależnie od poddawania częste hypnotyzowanie może wywołać stan, który niewątpliwie trzeba uważać za patologiczny. Osoby, które nabywają zdolności samohypnotyzowania się w skutek powtarzanych usypiań, dochodzą do takiéj wrażliwości, że usypiają przy każdém zamknięciu powiek (Bernheim). Osoby, u których łatwo wywołać poddawanie, w stanie czuwania dochodzą również do tego, że każda myśl wypowiedziana przez inną osobę, staje się dla nich poddaną i wywołuje albo halucynacyje odpowiednie, albo uczucie, np. ból, albo służy jako impuls do pewnych czynów. Osoby takie zostają wciąż jakby na granicy między życiem świadomém a nieświadomém; stają się niezdolne do wszelkich czynności; zawdzięczają ten stan wyłącznie hypnotyzmowi, gdyż po zaprzestaniu hypnotyzowania stopniowo wracają do stanu prawidłowego. (C. d. n.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

V.

Wątpliwe dzieciobójstwo.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Dnia 10 czerwca Sąd w X. otrzymał doniesienie telegraficzne urzędu gminnego w Y., że w wodzie znaleziono dziecko nieżywe. Na niezamężną Karolinę Ł., lat 22 liczącą, padło podejrzenie, że jest matką tego dziecięcia. Dziewczyna ta zrazu podaje, że nigdy nie rodziła, późniéj jednak przyznała, że będąc brzemienną d. 25 maja w nocy znajdując się przypadkiem we wsi pobliskiéj czuła bóle; rano wstała, aby udać się do domu do matki swéj, po drodze niedaleko potoku zemdlała atoli, a gdy przyszła do siebie, dziecko już było urodzone, a ponieważ było ono nieżywe, złożyła je nad brzegiem potoku i oddaliła się. Drowie A. i B., którzy z polecenia Sądu badali Karolinę Ł. d. 15 czerwca, orzekli, że badana rodziła przed 14—18 dniami.

Sekcyja sądowa, odbyta przez tych samych znawców d. 18 czerwca, wykazała co następuje:

1) Zwłoki noworodka płci żeńskiéj 46 cm. długie. Z powodu prawie zupełnie próżnéj czaszki i wielkiéj utraty części miękkich na twarzy, ciężar noworodka nie ma znaczenia i dla tego nie uwzględniono go. 2) Czaszka nierówna, tworzy nieforemną bryłę, skóra w szerz czaszki w okolicy ciemiączka przedniego rozdarta w długości 12 cm. Brzegi w miejscu rozdartéj skóry są nierówne, podwinięte i grube. Pod skórą i w skórze na czaszce nie ma nigdzie wynaczynionéj krwi. Skóra na całéj czaszce blado-brudno-brunatno zabarwiona, pozbawiona włosów i przyskórka, a nadto tworzy fałdy dające się w palce ująć. 3) Ciemiączko przednie otwarte prowadzi wprost do jamy czaszki, która zawiera ciecz brudnowodnistą i zawierającą znaczną ilość robaków jużto gąsienic na $1/2$ cm., jużto robaczków na kilka mm. długich. W mózgu nie ma nic. Kości czaszki są zupełnie w całości zachowane. Opony twarde wyjąwszy otwór w okolicy ciemiączka przedniego w całości utrzymane, brudno-blade i gładkie. Wymiar czołowy przedni wynosi 4 cm., wymiar przez guz potylicy i guzy czołowe wynosi 30 cm., wymiar zaś idący przez oba guzy czaszki i bródki wynosi 34 cm. 4) Na twarzy brak powiek, gałek ocznych, nosa i warg, w skutek czego widać dość głębokie oczodoły, jednę jamę stanowiącą jamę nosową i jamę ust, w któréj nie dostrzega się języka. Lica są utrzymane i brudno-blado-brunatno zabarwione. 5) Szyja krótka, skóra na niéj jest pofałdowana, z przodu pokryta pleśnią brunatno-szarą, z tyłu zaś brudno-blada. 6) Tułów razem z odnogami górnemi i dolnemi kilkakrotnie pozaginany i wykręcony, w skutek czego nie występują dokładne kształty ani klatki piersiowéj ani jamy brzusznéj. 7) Klatka piersiowa wzdłuż całéj kości mostkowéj cokolwiek zaklęśnięta. Skóra na klatce piersiowéj brudno-blada, miejscami jużto brunatna, jużto pokryta blado-szarą pleśnią na plecach blado-brunatna, w całości zaś wilgotna i soczysta. 8) Brzuch wklęśnięty, skóra na brzuchu jest jużto brunatno-blada, jużto pokryta brudno-szarą pleśnią. W samym środku prawie ściany brzusznéj odchodzi pępowina, która jest 20 cm. długa. Pępowina ta wygląda jak cienka tasiemka szerokości $1/2$ cm., wilgotna, na końcu zewnętrznym ma nierówne karby, u nasady zaś nieznacznie przechodzi ścianę brzuszną. 9) Odnogi górne i dolne brudno-blade lub pokryte pleśnią brudno-szarą; ręce same i stopy po stronie dłoniowéj i grzbietowéj pokryte cienką warstwą namułu brudno-szaro zabarwionego, paznogcie u palców rąk bardzo cienkie zaledwie dochodzą do końca brzuśców, paznogcie zaś u palców stóp są również cienkie i nie dochodzą do końca brzuśców. 10) Po otwarciu klatki piersiowéj widać na dnie jam opłucnowych płuca jako płaty, które zaledwie $1/3$ część jam wypełniają. Grasica sięga do samego worka sercowego i jest brudno-żółto zabarwiona. Po wyjęciu płuc razem z grasicą i sercem włożono je do miski napełnionéj czystą zimną wodą. Płuca i grasica utonęły pod wodę, serce zaś unosiło się do połowy na wodzie. Płuca mają na powierzchni, t. j. pod opłucną, bańki powietrzne dochodzące do wielkości okrągłego grochu, płuca są flakowate brudno-ciemno-zielonkowato zabarwione. Oddzielone od grasicy i od serca i powtórnie same włożone do wody również opadają pod wodę. Pocięte na drobne kawałki na przekroju w niektórych miejscach blado-brudno-brunatne, przeważnie zaś brudno-ciemno-zielonkowate. Przy ucisku wydają ciecz a raczéj maź brudno-zielonkowatą i bardzo nieznacznie pienistą. W całości konsystencyi papkowatéj, każdy kawałeczek wrzucony do wody tak przed wyciśnięciem z niego powietrza jakoteż po wyciśnięciu nie unosił się na wodzie, lecz natychmiast opadał pod wodę. 11) Worek sercowy zawiera powietrze, a nie ma w nim cieczy. Serce w stanie rozkurczu, komórki próżne, mięsień sercowy dość cienki, blado-brunatny, a przy ucisku w palcach rozchodzi się. 12) Grasica na przekroju blado-brunatna, a miąższ jéj miękki. 13) Wątroba wypełnia całą górną część jamy brzusznéj, ma brzegi zaokrąglone, na powierzchni gładka, a w całości ciemno-czarno zabarwiona. Miąższ jéj papkowaty i również czarno zabarwiony, przy ucisku i krajaniu trzeszczy w skutek znacznéj zawartości powietrza. 14) Śledziona na powierzchni ciemno-czarna, miąższ jéj tak samo zabarwiony i rozpływający się. 15) Nerki mają torebki, które z łatwością dają się oddzielić i są na powierzchni jednostajnie brudno-brunatno zabarwione, na przekroju blado-brunatne i miękkie. 16) Żołądek ma położenie podłużne, skurczony i tak próżny, że ściany jego szczelnie przylegają do siebie na kształt dwóch stykających się ze sobą blaszek. Ściany żołądka są cienkie i jednostajnie blado-czarno zabarwione. 17) W całém jelicie grubém znajduje się smolka, która w części wstępującéj i poprzecznéj jest brudno-żółta, w części zaś zstępującéj i w odbytnicy brudno-czarna. 18) Jelito cienkie zupełnie próżne, ściany jego cienkie i szczelnie przylegają do siebie, w całości i na wskróś brudno-czarno zabarwione. 19) Pęcherz moczowy próżny, błona śluzowa brudno-brunatna. 20) Części rodne zewnętrzne zupełnie wykształcone, również wykształcone części rodne wewnętrzne. 21) Podściółka tłuszczowa na całém ciele dość znacznie rozwinięta i brudno-żółto zabarwiona. Mięśnie brudno-różowe, soczyste i dość cienkie.

Orzeczenie: Badane dziecko jest noworodkiem, za czém przemawia utrzymana jeszcze pępowina i smolka w jelicie.

Noworodek był prawie zupełnie donoszonym, zdolnym do życia, za czém przemawia długość ciała, wymiary główki, wykształcone części rodne zewnętrzne, paznogcie i znacznie rozwinięta podściółka tłuszczowa.

Co do życia noworodka, orzekamy, że noworodek urodził się najprawdopodobniéj nieżywym, za czém przemawia ujemna próba płucna, próżny (bezpowietrzny) żołądek i bezpowietrzne kiszki cienkie. Śmierć więc noworodka nastąpiła najprawdopodobniéj jeszcze przed wykluczeniem tegoż z części rodnych matki, czyli przed urodzeniem się tegoż, a zatém śmierć noworodka mogła nastąpić albo przed rozpoczętym jeszcze porodem, t. j. w macicy, lub też w czasie samego porodu, a mianowicie kiedy noworodek przebywał drogi porodowe.

Obrażenie opisane na czaszce jest ciężkiém obrażeniem ciała i zostało zadaném albo przez uderzenie narzędziem twardém i tępém, lub też przez upadnięcie główki na kamień. Czy obrażenie to powstało za życia noworodka czy po śmierci jego, oznaczyć nie możemy, ponieważ oględziny nie dają nam w téj mierze żadnych wyjaśnień.

W razie jednak, gdyby to obrażenie zadaném zostało za życia, to zadaném ono zostało w chwili wyrzynania się główki ze szpary łonowéj, t. j. wtedy, kiedy noworodek jeszcze nie oddychał. Pępowina noworodka została najprawdopodobniéj odciętą ostrém narzędziem, za czém przemawia jéj grubo karbowany koniec, któreto karby są wystającemi naczyniami.

Noworodek znajdował się w trzecim stopniu zgnilizny.

Od jego porodu upłynęło 3—4 tygodni, za czém przemawia wysoki stopień zgnilizny, jakoteż i okoliczność, że

zwłoki leżały w wodzie i że właśnie w tym czasie temperatura powietrza była stosunkowo niską.

Na zapytanie Sądu, czy poród Karoliny Ł. był lekkim lub ciężkim, orzekli pp. obducenci:

Poród noworodka był lekkim i dość krótko trwającym, za czém przemawiają małe rozdarcia wiązadełka dolnego, a zupełne utrzymanie międzykrocza, prawidłowe wymiary i prawidłowy stan części rodnych Karoliny Ł.

Nadmieniamy obecnie po zbadaniu noworodka, że czas, jaki upłynął od porodu, a jaki podaliśmy po zbadaniu Karoliny Ł., jest za krótki, i że rzeczywiście czas ten wynosi 3—4 tygodni, albowiem dowiadujemy się ze śledztwa, że badana w czasie połogu zajmowała się ciężką pracą i z tego powodu macica nie została na tyle skurczoną, jaką być powinna, gdyby się badana była w połogu stosownie zachowała.

Nie poprzestając na tych orzeczeniach Sąd przesłał akta sprawy Wydziałowi Lekarskiemu, prosząc o stanowcze orzeczenie, czy dziecko Karoliny Ł. urodziło się żywém i z czego umarło.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Dziecko Karoliny Ł. było nowonarodzoném, niezupełnie donoszoném i z największém prawdopodobieństwem do prawdy nie oddychało po urodzeniu.

2) Gdy tym sposobem nie podobna sprawdzić, czy dziecko to urodziło się żywém, gdy nadto sekcyja nie wykazała żadnych zmian uderzających, więc orzeczenie o przyczynie śmierci onego w części jest niemożebném, a w części i zbytecznėm.

3) Rana na głowie znaleziona nie przedstawia żadnych cech, po których możnaby przypuścić, że powstała za życia; tém samém nic nie przemawia przeciw przypuszczeniu, że powstała po śmierci.

4) Z tych powodów ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie ma żadnych podstaw, aby zadać kłam twierdzeniu obwinionéj, jako urodziła dziecko nieżywe.

Pomimo dokładnych oględzin Sąd widział się zniewolony zażądać opinii Wydziału z powodu pewnych sprzeczności w orzeczeniu. Pomijam wzmiankę o zdolności do życia, co do któréj już tylokrotnie zwracałem uwagę, że obowiązująca ustawa o postępowaniu karném nie wymaga wcale wyjaśnienia ze strony znawcy, a mimoto ciekawém jest spostrzeżenie, że nawet ci lekarze, którzy rozpoczęli praktykę już po ogłoszeniu ustawy nowéj, trzymają się ustawy dawnéj, z którą nigdy nie mieli do czynienia, wdając się w kwestyję wyjaśnić się niedającą. Ważniejszy był w danym przypadku brak jasności co do czasu śmierci dziecięcia. Znawcy nie mogli wykazać, że dziecko urodziło się żywém, przypuszczali jednak, że ono mogło umrzeć przed porodem lub śród porodu; w pierwszym razie wszelkie dochodzenie dalsze ze strony Sądu stało się zbytecznėm, w ostatnim atoli, t. j. jeżeli śmierć mogła nastąpić śród porodu, Sąd dzieciobójstwa nie mógł jeszcze wykluczyć.

Druga wątpliwość nasunąć się musiała Sądowi z powodu wzmianki o obrażeniu główki. PP. znawcy z góry orzekają, że obrażenie to było ciężkiém; o obrażeniu cielesném zaś w ogóle wtedy tylko może być mowa, jeżeli uszkodzenie tyczy się jestestwa żyjącego. Orzeczenie to swoje, zrazu stanowcze, znawcy osłabiają następnie wyrażając wątpliwość, czy obrażenie powstało za życia lub po śmierci, dodając, że „oględziny w téj mierze nie dają żadnych wyjaśnień,“ a w ustępie dalszym znów przypuszczają możność powstania obrażenia za życia, dodając, że mogło chyba powstać, kiedy noworodek jeszcze nie oddychał. Godzi się zapytać, jeżeli obrażenie powstało, zanim noworodek oddychał, jakie na to są dowody, skoro sami i słusznie wspominają, że oględziny nie dają w téj mierze żadnych wyjaśnień. Tak więc tylko z powodu niefortunnéj stylizacyi orzeczenie pp. obducentów, którzy sumiennie wywiązali się z ważniejszego zadania, t. j. z oględzin, stało się niejasném.

Przypadek ten dowodzi, jak wiele na tém zależy, aby stylizacyja orzeczenia była jasną, ściśle loiczną a wywód stanowczy nawet wtedy, kiedy opinija musi być ujemną, a musi ona być ujemną zwłaszcza w przypadkach domniemanego dzieciobójstwa, jeżeli ciało jest tak mocno gnijącém, jak w danym razie. Wolimy, że znawca w obec takiego ciała z góry oświadcza, że z powodu zgnilizny nie może sprawdzić, czy dziecko urodziło się żywém, a wtedy nie potrzebuje wdawać się w dalsze roztrząsania, aniżeli jeżeli zapuszcza się w dalsze szczegóły, których wyjaśnić stanowczo nie może.

W końcu radzibyśmy, aby w orzeczeniach już raz przestano mówić o stopniach zgnilizny, bo stopni nikt oznaczyć nie jest w stanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał **Dr. J. Talko.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

6. Dr. Tomaszewski (z Kijowa) odczytał rzecz o niedowidzeniu występującém wśród przebiegu kiły drugorzędnéj. Nietylko trzeciorzędna lecz i drugorzędna kiła wywołuje rozmaite zmiany w oku, które usposabiają do cierpień układu nerwowego. Osłabienie wzroku stwierdził autor u 84 (60%) osób z liczby 148 dotkniętych kiłą. Na podstawie tego badania wysnuł T. następujące wnioski: *a)* bystrość wzroku może być upośledzoną w okresie kiły drugorzędnéj do V $^1/_3$; *b)* stopień tego upośledzenia nie bywa zależnym od nasilenia objawów kiłowych na skórze i błonach śluzowych; *c)* wśród leczenia przeciwkiłowego powracała bystrość wzroku do stanu prawidłowego, przyczém znikały i skórne objawy kiły; *d)* w niektórych rzadkich przypadkach upośledzenie wzroku było trwałém, z czasem jednak następował powrót do stanu prawidłowego; *e)* wzrok polepszał się i bez odpowiedniego leczenia; *f)* w okresie między nawrotami kiły wzrok pozostawał prawidłowym; *g)* niedoślep ten nie był objawem przypadkowym, gdyż ustępował przy polepszeniu ogólnego stanu zdrowia i przy leczeniu przeciwkiłowém; *h)* analogicznym objawem niedoślepu u dotkniętych kiłą jest obniżenie dotykowego i bólowego czucia skóry. Autor, będąc syfilidologiem z zawodu poleca kolegom trudniącym się chorobami ocznemi, aby zechcieli sprawdzić ten fakt i zbadać wewnętrzny stan oczów u dotkniętych kiłą za pomocą wziernika, czego on nie mógł dokonać.

7. Dr. Hagen-Torn (z Białgorodu Kurskiéj gub.) mówił o postaciach kiłowych zapalenia rogówki: których odróżniał 4: *a) Kerat. superficialis* zdarza się sama lub w połączeniu z następnemi; *b) Ker. hypertrofica gummosa; c) Ker. interstitialis maculosa* głębokie plamy w miąższu rogówki; *d) Ker. interstitialis vasculosa* głęboko rozlane na-

cieki rogówki. Wszystkie te postacie zapalenia rogówki, zdaniem prelegenta, są wyjątkowo kiłowego pochodzenia i ustępują przy odpowiedniém leczeniu. W ogóle kiła sprzyja chorobom rogówki i spostrzegane one bywają w 4,5% u kiłowych i u 3,6% u niedotkniętych kilą.

Odczyt ten wywołał dyskusyję, w któréj głównie wzięli udział Dr. Mendelstam i prof. Chodin. Oponenci nie zgadzają się, aby te postacie wyjątkowo zależne były od kiły i że dobry skutek rtęciowego leczenia wcale jeszcze nie dowodzi w tym razie specyficzności choroby; nie stwierdzają téż zdania jakoby te postacie doszczętnie dawały się wyleczyć, szczególnie 2 ostatnie, po których zwykle pozostają na zawsze zaćmienia.

8. Dr. Talko przedstawił kolorowe ryciny 3ch dość rzadkich chorób ocznych: *a) degeneratio hyaloidea conjunctivae et cornae* przypadek opisany przed 3 laty w *Pamięt. Tow. Lek. warsz.*; *b) Ulcus syphiliticum palp. sup.*, na prowincyi rozpoznany jako rakowe owrzodzenie, z powodu którego chory oficer przysłany był dla operacyi; wkrótce rozwinęły się objawy kiły drugorzędnéj; ogólne i miejscowe wyzdrowienie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego; wreszcie *c)* nadzwyczaj rzadkie obficie wydzielające limfę wyniosłe owrzodzenie lewych powiek (*Dermatitis papillomatosa s. framboesia non syphilitica* jak określił kol. prof. Trautvetter) obserwowane u pewnéj 30-letniéj anemicznéj i nerwowéj kobiety, które nie ustępowało żadnemu środkowi przez lat 7 i miało charakter niezłośliwy; gałka oczna, przed kilku laty uszkodzona, była w stanie średniego zaniku. *Xerosis conjunctivae et blepherophymosis* obu oczu. Prawa rogówka ulegała częstemu owrzodzeniu, w skutek cierpienia spojówki i zawinięcia rzęs. Przypadek ten znany kilku warszawskim okulistom zasługuje na szczegółowy opis.

9. W końcu Dr. Łożecznikow wypowiedział kilka słów o leczeniu ropnego zapalenia spojówki.

Sekretarz sekcyi poleca *arg. nitricum*, używanie którego zaleca rozpoczynać od samego początku choroby, chociażby na spojówce istniały już błony zapalne i powierzchnia była krwawiącą. Pożyteczny tylko bywa roztwór lapisu pewnéj tęgości (od 10—15%, średnio 12,5%), który potrzeba stosować bezpośrednio na łącznicę powiek. Taki sposób uważa autor za poronny, skraca on bowiem przebieg sprawy i oddzielnych jéj okresów, zapobiega ciężkim powikłaniom ze strony rogówki i pozwala na niestosowanie na początku choroby zimna niezupełnie wtedy dla oka nieszkodliwego.

Oprócz rozpraw odczytanych na obu posiedzeniach sekcyi oftalmicznéj Zjazdu, muszę tu podać w streszczeniu 3 odczyty, które miały miejsce w innych sekcyjach, a odnoszą się do naszego przedmiotu.

Sekcyja patologicznéj fizyjologii:

1. Prof. Dogiel (z Kazania) mówił o wpływie barw widma na narządy człowieka i zwierząt. Autor, wraz z kilku innymi lekarzami, wykonał szereg obserwacyj na zwierzętach (królikach, psach, żabach i ptakach) i ludziach, w celu zbadania wpływu barw tęczy na zmianę źrenicy, krążenie krwi w siatkówce oka, ogólny obieg krwi i na zmianę barwnika ocznego. Pod wpływem skrajnych barw widma (czerwona i fijoletowa) źrenica silnie się rozszerzała, następnie nieco się zwężała; w środkowych barwach (głównie zielonéj) przeciwnie. Światło naczyń siatkówki odpowiadało wielkości źrenicy. Barwnik oczny najbardziéj znikał w kolorze białym, mało w czerwonym i prawie się nie zmieniał w ciemnocie. Liczba ruchów serca i ogólne tętnicze ciśnienie nie zmieniały się wcale, jeśli tylko zwierzęta brane do doświadczeń były zdrowe. U osób nerwowych spostrzegano wahania w ciśnieniu krwi i w tętnie: przy doświadczeniach z barwą zieloną, wahania były dość znaczne, mniejsze z barwą błękitną; fijoletowy i czerwony kolor działają pod tym względem jednakowo. W obec tych faktów, prof. D. mniema, że projekt Panza leczenia nerwowych chorób zastósowaniem rozmaitych barw widma zasługuje na uwzględnienie. Stwierdzono doświadczenia Berta: niższe zwierzęta unikają barwy zielonéj.

2. Dr. Durdufi (z Moskwy) odczytał rzecz o mechanizmie wysadzenia gałki ocznéj. Wiadomo, że po przecięciu nerwu współczulnego na szyi, gałka oczna wciąga się do oczodołu a źrenica i otwór powiek zwężają się. Przeciwne spostrzegamy objawy przy podrażnieniu prądem elektrycznym górnego końca przeciętego nerwu. Lepiéj daje się to widzieć na psach, niżli na królikach. Po wstrzyknięciu jednak chlorku kokainu do żyły królika, wysadzenie gałki bywa znaczniejszém niżli po podrażnieniu nerwu. Wysadzenie gałki wywołane tém ostatniém nie zależy ani od zmian w krążeniu krwi, ani téż napięcia poprzeczno-prążkowanych mięśni oczodołu i okrążających go z tyłu i z dołu (u psów) żwaczów, a także powiek. Oddzielona od nich gałka oczna nie przestawała wysadzać się tak samo jak i gałka z przeciętym nerwem wzrokowym i oddzielonemi jéj mięśniami. U królika można wywołać wysadzenie gałki ocznéj mechanicznie, utrudniając odpływ krwi żylnéj z oczodołu. Zdaniem Dra D. doświadczenia mogące wyjaśnić mechanizm wysadzenia gałek przy chorobie Gravesa powinny być robione na małpach.

W sekcyi chorób nerwowych.

3. Prof. Kożewnikow (z Moskwy) miał odczyt p. t. *Ophthalmoplegia nuclearis*. Jestto porażenie mięśni ocznych w skutek uszkodzenia jądra nerwu okoruchowego. Zewnętrzne porażenie oczu, *Ophthalmoplegia externa*, zdaniem K., bywa po większéj części pochodzenia jądrowego, lecz może być zależnym i od przyczyn obwodowych. Z drugiéj strony cierpienia jądra nie zawsze miewają w skutkach *ophth. externam* lecz i porażenie wszystkich mm. oka. Jako dowód ostatniego twierdzenia przytoczył jeden kliniczny przypadek ostrego cierpienia, stwierdzony sekcyją *(polioencephalitis inferior acuta)*. Opis przypadku objaśniony był starannie wykończonemi rysunkami patologicznych zmian mózgu, szczególnie wynaczynień krwi w kierunku *aquaeductus Sylvii*, a także mikroskopowemi preparatami.

Z liczby lekarzów biorących udział w dyskusyi nad temi przedmiotami zapisuję tylko prof. Mierzejewskiego, prezydującego téj sekcyi, który twierdził, że zdarzają się i takie przypadki, w których *ophthalmoplegia* peryjodycznie to się objawia, to znika itd. Sąto przypadki zagadkowe i nie podobna wyjaśnić sobie czy zależne bywają od rozstroju krążenia lub prędko znikających zmian anatomicznych, czy też od wahania się ilości i rozprzestrzenienia cieczy mózgo-rdzeniowéj. (Dok. nast.)

Farmakologija.

Schroeder: **O działaniu kofeinu jako środka moczopędnego.**

Dotychczas zapatrywano się różnie na działanie moczopędne kofeinu. Niektórzy lekarze przypisują kofeinowi podobne działanie jak digitalinie. Autor zwraca uwagę na to, że tak kofein jakotéż i digitalina podnoszą ciśnienie krwi. Podczas gdy digitalina podnosi ciśnienie krwi po części dla tego, że pobudza mięsień sercowy do energiczniejszych skurczów,

to przeciwnie kofein podnosi ciśnienie krwi dla tego, że podrażnia ośrodki naczynioruchowe. Autor podnosi, że do wywołania diurezy przez podniesienie ciśnienia krwi można użyć tylko takich leków, pod wpływem których ciśnienie krwi podnosi się przez działanie na samo serce. Jeżeli sprowadzamy powiększenie się ciśnienia krwi za pomocą środków podrażniających ośrodki naczynioruchowe, wówczas podrażnienie to wpływać może na zmniejszenie się wydzielania moczu. Autor doszedł na podstawie doświadczeń wykonanych z kofeinem na królikach narkotyzowanych morfinem i wodanem chloralowym do rezultatu, że lek ten nie może sprowadzać diurezy przez podniesienie ciśnienia krwi, tylko przez bezpośrednie działanie na nerki, a mianowicie przez podrażnienie komórek przybłonkowych. Skutek tego bezpośredniego działania kofeinu na nerkę może u zwierząt nienarkotyzowanych wcale nie nastąpić dla tego, że równocześnie drażnione zostają ośrodki naczynioruchowe. Ponieważ pobudliwość ośrodków naczynioruchowych u różnych ludzi jest różną a częstokroć tak znaczną, że skutkiem zadrażnienia takowych przez kofein działania moczopędnego tego środka spostrzegać nie można, dla tego sądzi autor, że należy kofein podawać chorym równocześnie z takim lekiem, który podrażnienie ośrodków naczyniowych uniemożebnia. Wodanu chloralowego nie można w tych przypadkach podawać z kofeinem, gdyż ten ostatni podaje się często chorym z wadą serca. Autor zachwala kombinacyję kofeinu z paraldehydem, którą w największej ilości przypadków bez niebezpieczeństwa zastósować można. (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*)

Dr. Józef Łazarski.

Medycyna sądowa.

Patenko: **Przyczynki do tłumaczenia objawów i zmian pośmiertnych w skutek uduszenia występujących.**

Autor znany z pracy swojej p. t. „O krtani pod względem sądowolekarskim" uskutecznionej w zakładzie prof. Hofmanna w Wiedniu a ogłoszonej w *Viertelj. f. ger. Med.*, 1884, T. 41, str. 193—230, w roku następnym w zakładzie prof. Brouardela w Paryżu robił badania makro- i mikroskopijne na psach, które zabijał przez powieszenie i wynik swych doświadczeń ogłosił w *Annales d'hyg. publ.* 1885, XIII, p. 209 p. t. *Etude sur l'asphyxie de cause mécanique. Modification de la circulation pulmonaire.* Wieszał on psy już to po wydechu, już też po wdechu i potwierdził przypuszczenie Dondersa, że w pierwszym razie przekrwienie płuc jest silniejszém aniżeli w ostatnim. W jednym i drugim znajdował małe, najczęściéj tylko drobnowidem widzialne wynaczynienia w płucach i w rdzeniu przedłużonym, zwłaszcza w okolicy pióra pisarskiego. Autor atoli sam nie uważał wyników otrzymanych za całkiem pewne, ponieważ należało uwzględnić i inne okoliczności, w strangulacyi zachodzące a wpływające na rozmieszczenie krwi. Z tego powodu w pracowni fizyjologicznéj prof. Zuntza w Berlinie zabrał się do dalszych doświadczeń na psach i królikach, badając z jednéj strony sposobem graficznym bieg ruchów oddechowych aż do śmierci, a z drugiéj wykonywając dokładne sekcyje i uzupełniając wynik takowych pod względem zawartości krwi przez oznaczenie jéj ilościowe sposobem kolorymetrycznym.

Wyniki pracy jego, ogłoszonéj w *Archiv f. d. gesammte Physiologie* Pflügera, 1885, t. 36, z. 7, są następujące:

1. Nie jest rzeczą obojętną, czy zamknięcie dróg oddechowych następuje śród wdechu lub wydechu; w miarę tego zachodzą znaczne różnice w krzywéj, którą Högyes podał jak schemat przebiegu ruchów oddechowych w uduszeniu, a z tego powodu krzywa jego nie ma znaczenia ogólnego. Po zamknięciu przystępu powietrza ruchy oddechowe stają się silniejsze, mniéj częste, a jeżeli odcięcie powietrza nastąpiło po wdechu duszność ma cechę wydechową. Ruchy wdechowe utrzymują się ciągle, podczas gdy wydechowe po upływie 5—30 sekund przechodzą w wdechowe. W jednym i drugim razie pod koniec okresu zamartwiczego ciśnienie w płucach jest zwiększone; a jeżeli zwiększone ciśnienie w płucach, które powietrzem były napełnione, jest rzeczą naturalną, jest ono uderzającém w obec płuc, które pozostawały pod ciśnieniem ujemném.

2. Jeżeli uduszenie ma miejsce przez strangulacyję, wtedy po ściągnięciu szyi ustaje oddychanie przez minutę i dłużéj; poczém pojawiają się oddechy kurczowe, po nich znów pauza, aż wreszcie śród silnych drgawek znika czucie a szereg oddechów końcowych wyprzedza śmierć. Długa pauza wydechowa nie jest zależną od odcięcia powietrza, ani nie jest następstwem urazu pni nerwowych, lecz urazu kończyn nerwowych w krtani a względnie w jamie gardzielo-krtaniowéj. Albowiem oddychanie ustaje i wtedy, jeżeli przed strangulacyją otwarto tchawicę w dolnéj części szyi, — strangulacyja poniżéj chrząstki pierścieniowéj nie przerywa oddechania, ani poprzednie przecięcie nn. błędnych i krtaniowych.

3. W żadnym przypadku nie znaleziono u królików i małych psów owego silnego przekrwienia płuc, jakie opisują u ludzi uduszonych; przeciwnie płuca przy sekcyi w 10—15 minut po śmierci zrobionéj okazują się blademi; jeżeli jednak płuca te przez 2—3 minut leżą na powietrzu, nabierają całkiem innego wejrzenia: stają się podobnemi do płuc przekrwionych. Ponieważ o rzeczywistém powiększeniu ilości krwi mowy być nie może, gdy zjawisko to występuje mimo podwiązania płuc, pokazuje się, jak niepewnemi są wnioski, które zazwyczaj się czyni, sądząc po barwie powierzchni lub przekroju o zawartości krwi w płucach. Przyczyną tego zjawiska uderzającego jest szybkie zmniejszenie się zawartości powietrza, niedodma szybko rozpoczynająca się w pęcherzykach podopłucnowych (Lichtheim). Płuca prawidłowe, powietrzem napełnione, porównać można poniekąd ze zwierciadłem, którego płaszczyzna odbijająca leży tuż pod opłucną; w płucu zaś trupiém, w pęcherzykach wierzchnich powietrza pozbawioném, płaszczyzna odbijająca leży głębiéj, tak że światło odbite przechodzi przez tkankę więcéj krwi posiadającą. To też jeżeli takie płuco, pozornie przekrwione, sztucznie wydmiemy, przedstawia ono się znów niedokrewném.

Oznaczenie ilości krwi w płucach sposobem kolorymetrycznym według Hoppe-Seylera pouczyło autora, że ilość krwi w płucach zwierząt uduszonych zawsze jest znacznie większą, aniżeli ilość, jaką znaleźli Heger i Speht w płucach królików prawidłowo oddychających.

Teoryja Dondersa jest o tyle słuszną, o ile średnio więcéj krwi sprawdzono w płucach, jeżeli uduszenie nastąpiło po wydechu; w przypadkach poszczególnych sprawdzono atoli stosunek odwrotny. Z tego powodu teoryi téj nie można uznać za prawidło, a to tém mniéj, o ile o przekrwieniu płuc w uduszeniu może być mowa tylko wtedy, jeżeli płuca te porównamy z płucami niedokrewnemi; jeżeli je zaś porównamy z płucami prawidłowemi, wtedy płuca uduszonych wypada nazwać mocno niedokrewnemi.

4. Wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe według P. powstają skutkiem pęknięcia nietylko naczyń włosowatych ale i małych żył.

L. B.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

Po sześciotygodniowém trwaniu została obecnie zamknięta pierwsza w Polsce wystawa higijeniczna, oddała ona i odda spółeczeństwu naszemu niejednę korzyść nie od rzeczy zatém będzie podać w naszém piśmie pobieżny chociaż jéj przegląd.

Można się spierać co do pożytku a zatém i potrzeby wystaw powszechnych ale nie znajdzie się dziś nikt ktoby zaprzeczył potrzeby wystaw krajowych lub specyjalnych, stanowią one potrzebę naszéj epoki, są w każdym kraju znamieniem dążeń czasu i narodu. Takiém znamieniem XIX wieku są wystawy elektryczności i higijeny a ich ogólne powodzenie wskazuje ważną rolę tych nauk w stosunkach nowożytnego spółeczeństwa. Jeżeli wystawy takie są w każdym kraju pocieszającym wypadkiem naukowym i spółecznym to u nas tém bardziéj; z istotną téż radością zapisać nam przychodzi pierwszą u nas wystawę naukową, jaką była wystawa higijeniczna w Warszawie, a to jeszcze i z tego powodu że dotyczy nauki zostającéj w obecnym swym rozwoju w tak ścisłym związku z jednéj strony z życiem rodzinném, gminném i społeczném a z drugiéj z wszelkiego rodzaju przemysłem, rzemiosłami i techniką. Jeżeli jeszcze zwróci się uwagę na to że liczba podobnych wystaw, które wyprzedziły wystawę warszawską, nie jest wielką, że zatém chlubić się nam wypada że i u nas coś podobnego do skutku dojść mogło to łatwo przyjdzie nam uznać znaczenie téj wystawy i zasługę tych, którzy powzięli myśl jéj i którzy mimo napotykanych trudności i obojętności, na którą u wielu natrafili, myśl tę do skutku doprowadzili. Zanim przystąpimy do rzutu oka na wystawę dotknijmy pobieżnie historyi jéj powstania i wspomnijmy o tych, którzy się do jéj urządzenia przyczynili.

Piękna myśl téj wystawy wyszła od Dra Polaka, redaktora *Zdrowia*, onto poruszał ją wielokrotnie w ściślejszych kołach lekarskich zanim wystąpił z nią na widownię publiczną. Pozyskawszy poprzednio dla téj myśli ludzi poważnych i gdy mu się udało zachęcić ludzi nauki do poświęcenia swéj wiedzy dla dobra ogółu zajął on się przy pomocy szczupłego grona osób pierwszemi krokami przygotowawczemi, a mianowicie uzyskał miejsce i pozwolenie na wystawę. Następnie w listopadzie roku zeszłego myśl zaczęła przybierać pewniejsze kształty: odbyło się bowiem zebranie osób wszelkich sfer zamiarowi życzliwych, które zajęło się najpierw obmyśleniem funduszów materyjalnych. Z początku zamierzono nadać wystawie skromne rozmiary i obliczono że wystarczy fundusz gwarancyjny 2000 rs., którąto kwotę stosunkowo łatwo zebrano w gronie zgromadzonych przez podpisy, zobowiązujące podpisującego do pokrycia mogącego wyniknąć niedoboru do wysokości zadeklarowanéj sumy. Późniéj gdy wystawa szersze rozmiary przybierać poczęła i należało myśleć o znaczniejszym funduszu gwarancyjnym postarano się o gwarantujących w szerszych kołach, tak że fundusz gwarancyjny dosięgnął wysokości 9000 rs. Na szczęście korzystać z niego nie wypadło, rachunki bowiem wystawy nietylko że nie wykazały niedoboru ale owszem zysk.

Prócz ofiarności co do funduszów materyjalnych wiele osób przyszło z pomocą przedsięwzięciu ofiarując bądź pracę swoją, bądźtéż materyjały do upiększenia placu wystawy, bądźtéż dopomagając przez ułatwienia, jakie w zakresie ich władzy leżały, do doprowadzenia zamiaru do skutku. Z tém wszystkiém, bo nie obeszło się i bez trudności, wymagało to niemałéj zabiegliwości, wytrwałéj i energicznéj pracy, a oraz i poświęcenia ze strony Komitetu urządzającego, aby w stosunkowo krótkim czasie od listopada r. z. do otwarcia wystawy w dniu 21 maja r. b., wszystko pomyślnie i pokaźnie urządzić, udało się to jedynie *viribus unitis*. Aczkolwiek wszyscy członkowie zarządu położyli zasługi koło doprowadzenia rzeczy do skutku, to przecież na odrębną wzmiankę zasługuje prócz inicyjatora Dra Polaka jeszcze inżynijer Grotowski, którego za wykonawcę świetnéj myśli pierwszego poczytywać wypada, imto dwóm głównie zawdzięczać wypada i rozmiary i świetność, jak na nasze stosunki, całéj wystawy.

Zgromadzenie odbyte w listopadzie r. z. o którém wyżéj wspominiano, prócz obmyślenia funduszu gwarancyjnego zajęło się utworzeniem zarządu i komitetu wystawy. Na protektorkę zaproszono hr. Augustową Potocką. Prezesem obrano Prof. Dra Szokalskiego, któremu z należną czcią podnieść to należy, ani wiek, ani pracą sterane siły nie przeszkodziły gorliwie oddawać się sprawie nie tylko w czasie jéj kiełkowania, ale i w ciągu saméj wystawy. Dzielną byli mu pomocą wiceprezesi prof. Łuczkiewicz, oraz inżynijerowie Grotowski i Janicki. Obowiązki mozolne sekretarza zarządu wystawy poruczono Drowi Polakowi, a kasyjera p. Wendzie. Prócz nich wchodzili w skład komitetu jako członkowie pp.: Cichocki, Danielewicz, Grotowski, Górski, Lasocki, Lubelski, Malinowski, Nencki, Nussbaum, Śliwicki, Rakiewicz, Wenda, oraz przewodniczący i sekretarze komitetów pojedynczych oddziałów wystawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

○ VIty Międzynarodowy Kongres higijeniczno-demograficzny odbędzie się, jak wiadomo, od 26 września do 2 października rb. w Wiedniu. Prezydyjum tego Zjazdu bardzo dobrze się zapowiadającego wzywa zamierzających wziąć udział, ażeby się nadsełając składkę uczestnictwa 10 złr. (*An die Organisations Commission des VI internationalen Congresses für Hygiene und Demographie zu Wien I. Renngasse 20*) zgłaszali, ponieważ prócz wielu innych względów przemawiających za wczesném zgłaszaniem się, stosownie do liczby zgłaszających się ustanowionym zostanie nakład druków obejmujących sprawozdania o tematach, które mają być rozbieranemi.

Dotychczas zgłosiła się już znaczna liczba uczestników zagranicznych, mianowicie z Belgii, Niemiec, Francyi i Szwajcaryi, a prawie wszyscy sprawozdawcy nadesłali już swe sprawozdania. Wszystko pozwala rokować, że Zjazd ten dorówna pod każdym względem swym poprzednikom, a nawet jak tego wymaga postępujący rozwój przewyższy w każdym kierunku Zjazdy poprzednie. Również wystawa, która ma być z tym Kongresem połączoną, zapowiada się bardzo dobrze.

Komitet urządzający postarał się o ułatwienia w zwiedzaniu bądź zbiorowo, bądźtéż pojedynczo wszelkich osobliwości miasta Wiednia.

Co do wycieczki do Pesztu, która ma nastąpić po Zjeździe, to także czynią się przygotowania, aby zwiedzanie tego miasta ułatwić i odpowiedni program ułożyć.

Wiele kolei przyznało dla członków Kongresu opust 50% z ceny jazdy (z pośród galicyjskich jak dotąd: koleje państwowe, kolej północna Cesarza Ferdynanda i Lwowsko-Czerniowiecka).

Towarzystwo żeglugi parowéj na Dunaju również przyznało dla uczestników wycieczki do Pesztu różne ułatwienia; a co do wycieczek do Kaiserbrunn, na Semering i do Abbacyi, to należy się spodziewać, że Zarząd kolei południowéj również udzieli ułatwień.

O ułatwieniach, które nastąpią, zostaną zgłaszający się zawiadomieni osobnemi okólnikami, jak również co do szczegółowych postanowień, jakie pojedyncze zarządy kolejowe ustanowiły.

Członkowie, którzy chcą sobie zapewnić mieszkania, zechcą się zgłosić do komitetu urządzającego z podaniem swych życzeń.

Sprawozdania, które ogłoszonemi zostaną przed i po kongresie, będą wszystkim członkom, nawet tym, którzyby na Zjazd przybyć nie mogli, rozesłanemi; wartość tych sprawozdań przenosić będzie składkę 10 złr., możliwość tego tłumaczy okoliczność, że na cele Zjazdu przyznał subwencyje Wys. c. k. Rząd, oraz reprezentacyje krajowe Dolnéj i Górnéj Austryi, Styryi, Krainy, Istryi, Czech, Morawii, Śląska i Galicyi, miast Wiednia, Pragi, Tryjestu i Berna, oraz Izby handlowe w Tryjeście i w Wiedniu.

○ Cholera. Niestety i w tym roku ponownie pojawiła się cholera i według pewnych doniesień rozszerzyła się już po całéj Sycylii. Wybuchła najpierw w wiosce kalabryjskiéj Rocella Jonica, gdzie zmarła połowa z tych, którzy zachorowali. Chorobę miał zawlec pewien majtek z Katanii. Prawie równocześnie w koszarach w Katanii zapadło kilku żołnierzy, a dla bezpieczeństwa przeniesiono cały pułk do Misterbianco. Z Mesyny donoszą, że cholera nie da się tam zataić. Do Palermo miał zawlec cholerę pewien student z Katanii, który w parę godzin późniéj zmarł. Z Katanii donoszą téż, że od 8—11 lipca zapadło tam 200 osób, a z téj liczby 70% zmarło, szczególnie nawiedzoną być ma załoga. Także na wyspie Sardynii miały się zdarzyć przypadki, które podejrzywano, że były przypadkami cholery.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 czerwca do 2 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28·5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (3 z. t.); z duru brzusznego 3 (1 z. t.); z gruźlicy 7 (5 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.); z biegunki 4 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach duru osutkowego (2 z Podgórza, 1 z Prądnika); 1 duru brzusznego, (z Mystrzowic); 1 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło z ospy: w Czerniowcach 1, w Pradze 7, w Warszawie 15, w Budapeszcie 2, w Tryjeście 6, w Paryżu 5, w Petersburgu 8. Z duru osutkowego umarło w Królewcu i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10, w Petersburgu 18. Z odry umarło w Wiedniu 36, w Brodach 1, w Kołomyi 2, w Mnichowie 26, w Paryżu 31, w Londynie 98, w Stokholmie 17, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Wiedniu 3, w Stokholmie 7, w Londynie 14. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Berlinie 27, we Wrocławiu 9, w Hamburgu 11, w Paryżu 21, w Londynie 22, w Petersburgu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,6; we Lwowie 27,4; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 43,7; w Kołomyi 34,0; w Przemyślu 39,1; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 7,2; w Tarnowie 22,3; w Czerniowcach 33,0; w Warszawie 23,1; w Poznaniu 28,6; w Wiedniu 29,9; w Salcburgu 31,0; w Gracu 33,8; w Tryjeście 26,5; w Insbruku 23,4; w Pradze 35,9; w Bernie 38,1; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 35,2; w Berlinie 21,8; we Wrocławiu 25,7; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 21,3; w Hamburgu 19,0; w Kolonii 24,0; w Królewcu 29,0; w Lipsku 17,3; w Mnichowie 33,8; w Strasburgu 24,1; w Amsterdamie 20,3; w Brukseli 24,9; w Budapeszcie 25,6; w Chrystyjanii 22,5; w Kopenhadze 19,5; w Londynie 15,9; w Odesie 33,3; w Paryżu 21,1; w Petersburgu 30,2; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 27,1; w Wenecyi 21,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. Redaktor Przeglądu Lekarskiego wyjechał na wakacyje; przez czas jego niebytności zastępować go będzie docent Dr. Grabowski.

* **Lwów**. Na posiedzeniach odbytych w dniach 12 i 14 lipca Rada miasta przystąpiła do reorganizacyi miejskiéj służby zdrowia. Dotychczasowy fizyk miejski Dr. Kosiński po 46-letniéj służbie został przeniesiony w stan spoczynku, przyczém przyznała mu Rada obywatelstwo miejskie. Również dotychczasowy lekarz miejski Dr. Spausta został przeniesiony w stan spoczynku.

Fizykiem zamianowano dotychczasowego lekarza miejskiego Dra Pawlikowskiego. Lekarzami miejskiemi: *a)* w randze sekretarzy: dotychczasowych lekarzy miejskich Drów Rosnera i Łopackiego; *b)* w randze komisarzy, Drów Schmidta i Krobickiego; nakoniec *c)* w randze koncepistów: Drów Elektorowicza, Wiktora i Tatarczucha. — Weterynarzem miejskim z płacą 1140 złr. i dwoma pięcioleciami mianowano p. Kubickiego a asystentem weterynarskim p. Borkowskiego. — Chemikiem miejskim z płacą 1500 złr. i dwoma pięcioleciami Dra Mieczysława Dunin Wąsowicza.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd 4148 osób, w Szczawnicy do 14 lipca 1270 osób, w Gainfarn 902 osób.

* **Wiedeń**. Radca ministeryjalny Schneider złożył przewodnictwo międzynarodowego Kongresu higienicznego a w jego miejsce powołano jednogłośnie prof. Dra Ludwiga.

Sekundaryjusze szpitala powszechnego zamierzają wnieść petycyję o poprawę ich stanowiska.

Dymisyja dyrektora szpitala powszechnego Dra Hoffmanna została przyjętą przyczém wyrażono mu ponownie uznanie wieloletniéj skutecznéj służby.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berlin**. Salkowski ma objąć nowo utworzoną katedrę chemii lekarskiéj. — **Berno**. Dr. Zumstein habilitował się jako docent anatomii. — **Bonn**. Docenci prywatni Rumpf i Ungar zostali mianowani profesorami nadzwyczajnymi. — **Rzym**. Prof. nadzw. akuszeryi Pasquali został zwyczajnym profesorem.

* **Nekrologija**. W Petersburgu zmarł ordynator miejskiego szpitala Aleksander Richter; w Berlinie tajni radcy lekarscy Dr. Hauck i Heymann; w Gracu Dr. Leopold Malfati Rohrenbach c. k. pens. generalny lekarz sztabowy; w Akwisgranie znany lekarz zdrojowy Dr. Reumont; w Frankfurcie n. M. Dr. Wiesner naczelny lekarz szpitalny prezes Tow. lek.; w Warszawie docent psychijatryi Pasternacki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Hoyera: O nastrzykiwaniu naczyń śledziony dla badań histologicznych; Herynga: O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 29: Biegańskiego: O opukiwaniu półksiężycowéj przestrzeni Traubego; Kaczorowskiego: Przyczynek do leczenia morfinizmu (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Zakaz zjazdu Sokołów słowiańskich. O gimnastyce ze stanowiska estetyki (c. d.). Przechadzki i wycieczki (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie.

BRÜCKE E. Vorlesungen üb. Physiologie. 2. Bd. 4. Aufl. M. 104 Holzschn. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 10.

BUNGE G. Die Alkoholfrage. Vortrag. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. — 80.

BURCKHARDT H. Zur Aetiologie d. Puerperalfiebers. Vortrag. (S.—A.) gr. 8. Neuwied, Heuser's Verl. M. — 75.

CORLIEU A. La prostitution à Paris. 16. Paris, Baillière et fils. Fr. 2.

DA COSTA J. M. Handbuch der speciellen medicinischen Diagnostik. Deutsch v. Engel u. Posner. 2. Aufl. M. 40 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 12.

EICHHORST H. Handbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie. 2. Bd. M. 126 Holzschn. 3. Aufl. Lex.-8. Wien, Urban et Schw. M. 11.

HAGEN R. Anleitung zur klinischen Untersuchung u. Diagnose. 5. Aufl. M. 23 Abb. u. 1 Taf. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 3. 50.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 30 Lipca 1887. Nr. 31.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Przyczynek do prób życia noworodka [1]).

Podał

Dr. Stanisław Szczepan Zaleski.

Asystent Instytutu farmakologicznego Uniwersytetu i Docent Instytutu weterynaryjnego w Dorpacie.

Nie istnieje, jak wiadomo, ani jedna zupełnie pewna próba, którąby nam pozwalała w każdym przypadku orzec niewątpliwie, czy dziecię martwém, czy téż żywém na świat przyszło. Pomimo bardzo licznych propozycyj w tym względzie, przy rozstrzyganiu odnośnych kwestyj sądowolekarskich, wypada się ograniczać jedynie do wyników t. zw. próby hydrostatycznéj i do pewnego stopnia do wyników próby Breslaua, ponieważ co do niepewności wszystkich innych już oddawna wypowiedziano ostatnie słowo. Nawet dopiero co wspomniana i przez lat 200 z górą zarzutom się opierająca i dotąd wciąż jeszcze względnie najpewniejsza próba płuc przez pływanie, silnie w ostatnich czasach zachwianą została, dzięki wprowadzeniu t. zw. wahań Schultzego, jako środka powracania do życia pozornie martwych noworodków. Tym sposobem ostatnia ucieczka medycyny sądowéj w sprawach bio- tanatologicznych noworodków, dzięki spostrzeżeniom akuszerów, straciła cały swój urok nieomylności. Dla tego téż wszelkie usiłowanie podania nowéj próby, albo téż udoskonalenia jednéj z dawniejszych zdaje się być nietylko na czasie, lecz zarazem odpowiadać rzeczywistéj potrzebie.

Ze stanowiska sądowolekarskiego uważać należy pracę niniejszą li tylko jako dążenie do zwrócenia uwagi lekarzy sądowych, na kilka mało dotąd uwzględnianych faktów fizyjologicznych, które po więcéj wyczerpującém, szczegółowém i wszechstronném zbadaniu przyczynićby się mogły do wzbogacenia nauki nową metodą dla rozstrzygania na innéj niż dotąd drodze wątpliwości, czy noworodek żywym, czy téż martwym na świat przyszedł.

Za punkt wyjścia dla badań niniejszych posłużyła okoliczność, że płuco płodowe tylko tyle krwi otrzymuje, ile dlań jest niezbędném dla podtrzymania odżywiania jego tkanek. Krew owa dostaje się doń, jak wiadomo, za pośrednictwem tętnic oskrzelowych. Dopiero z chwilą życia zewnątrzmacicznego rozpoczyna swą czynność krążenie mniejsze, w skutek czego płuca w bardzo krótkim czasie, a może nawet wprost w jednéj chwili, otrzymują masę krwi, która w porównaniu z poprzednią, służącą jedynie do odżywiania organu, przedstawia nierównie większe ilości. Z drugiéj znów strony spotykamy się we krwi z pewną z jéj części składowych, która nietylko, że zawartą tu jest w znacznych ilościach i stosunkowo przynajmniéj dla fizyjologicznych stanów noworodka (Fr. Krüger: *Über das Verhalten des foetalen Bluts im Momente der Geburt. Inaug. Diss.* Dorpat, 1886. Także: *Virch. Arch.*, 1886, CVI, H. 1) nieznacznym wahaniom podlega, ale nawet przy pewnéj chemicznéj wprawie, bez zbytnich trudności daje się ilościowo oznaczyć: składnikiem tym jest żelazo. Inaczéj mówiąc, do płuca, które wcale nie oddychało, dostaje się mniéj żelaza, aniżeli do płuca, które już tę czynność odbywało. Możnaby zatém przypuszczać, że ilości zawartego w płucach żelaza dają nam wskazówki co do oddechowych czynności tego narządu.

Powyższe przypuszczenie apriorystyczne należało stwierdzić odpowiedniemi doświadczeniami i oznaczeniami żelaza.

Dzięki uprzejmości pp. prof. Rungego i Körbera, zarówno jak i asystentów Sprangera, Thomsona i Clemenza, rozporządzałem dla dopięcia tego celu całym szczupłym materyjałem tutejszego Instytutu położniczego w dniach ostatnich, zarówno jak kilkoma sekcyjami sądowolekarskiemi, za co

[1]) Pracę niniejszą samodzielną znanego już z licznych prac Szan. autora podajemy bez zmian, jakkolwiek nasuwają nam się poważne wątpliwości co do wartości proponowanéj próby; wątpliwościom tym, na szczególne życzenie Szan. autora, damy wyraz po wydrukowaniu jego rozprawy. *Przypisek Redakcyi.*

niech mi wolno będzie wyrazić im i na tém miejscu słowa jak najżywszéj wdzięczności.

Pierwszy warunek polegał na tém, żeby otrzymać płuca w całości, bez wszelkich nacięć uprzednich. W tym celu nakładałem przedewszystkiém we wszystkich przypadkach z wyjątkiem IV, mocne ligatury *en masse* na oba korzenie płuc, tuż przy ich wnęce i dopiero potém wycinałem ostrożnie oba płuca poniżéj miejsc podwiązanych. Tym sposobem uniknąć się dawało wszelkich możliwych wahań co do ilości krwi przez wyciekanie téj ostatniéj z przekrojonych naczyń, w skutek czego późniejsze porównawcze oznaczenia mogły być sprowadzone na jeden wspólny poziom. Każde płuco bez wszelkiego naruszania całości, było następnie badane gołém okiem i przez lupę co do zabarwienia, marmoryzacyi itp. i po przekonaniu się przez dotyk palcem o stanie jego podatności, pogrążałem je w wysokie i szerokie naczynie szklanne, wypełnione przekroploną wodą. Po wykonaniu w sposób powyższy t. zw. próby płucnéj suszyłem szybko oba płuca za pomocą nawarstwionego papieru do filtrowania, kładłem je następnie w dość obszerną miskę platynową i bez straty czasu ważyłem na wadze chemicznéj. Dopiero teraz próbowałem ostrożnie naciąć, nie wyjmując wszelako płuc z miski, przyczém po opatrzeniu powierzchni przekroju naciskałem ją klingą noża, z któréj wszelkie pozostałości spłukiwałem następnie za pomocą strzykawki do miski platynowéj.

Oznaczanie suchéj istoty odbywało się w kąpieli powietrznéj przy stałéj ciepłocie od 115—120°C., aż do ustalenia się ciężaru; do wysuszonéj pozostałości dodawano odpowiednią ilość sody (około $\frac{1}{2}$—1$\frac{1}{2}$ grama stosownie do ilości samego materyjału) i po rozpuszczeniu jéj w wodzie, suszono następnie ponownie na kąpieli wodnéj zawsze w jednéj i téj saméj misce platynowéj. Otrzymana teraz sucha istota podlegała, ile się dało, zwęgleniu na zwykłym płomieniu Bunsena w sposób już poprzednio przezemnie opisany i zastosowywany (St. Szcz. Zaleski: 1) Poszukiwania nad wątrobą. Pam. Tow. lek. 1886, Gaz. Lek., 1886, *Zeitschr. f. phys. Chem.*, X. str. 453. 2) Ilość i własności żelaza w cukromoczu *(Diab. mel.)*. Przegl. Lek., 1885, *Virch. Arch.*, 104. 3) *Das Eisen der Organe bei Morb. mac. Werlhofii.* Praca jubileuszowa dla prof. Brodowskiego. *Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmacologie.* XXIII, 1887, str. 77. 4) Żelazo i hemoglobina w wolnym od krwi mięśniu. Gaz. Lek., 1887; *Med. Cntrbl.*, 1887. 5) Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt. Przegl. Lek., 1887, Nr. jubileuszowy i inne. Wkrótce także w *Arch. f. exp. Path. u. Pharmac.*); zwęglona masa po wyługowaniu jéj wodą na parownicy i przefiltrowaniu przez filtr wolny od popiołu, zostawała razem z filtrem spopieloną; na filtrat, jako w żadnym zgoła przypadku niezawierający żelaza, nie zwracano uwagi. Do otrzymanego w ten sposób popiołu, pozostającego wciąż w téj saméj misce, dodawano odpowiednią ilość stężonego i wolnego od żelaza kwasu solnego i ogrzewano następnie przez kilka godzin na parownicy pod szczelnie przylegającą platynową pokrywą. Po ostrożném odparowaniu zbytniego kwasu solnego, wilgotną jeszcze pozostałość zlewano kwasem siarczanym, ogrzewano i mięszano przez czas krótki na parownicy, redukowano za pomocą zynku i w znany sposób miareczkowano za pomocą kameleonu. Titru używano zawsze dość niskiego, sprawdzano go często i oznaczano zawsze dla metalicznego żelaza. W ciągu całéj procedury starano się usilnie uniknąć wszelkiéj sztucznéj przymieszki żelaza. Wszystkie bez wyjątku zastósowane odczynniki bywały zawsze wolne od żelaza i podlegały częstemu w tym kierunku sprawdzaniu.

Cały zbadany w ten sposób materyjał stanowiły oba płuca 7 noworodków, z których 4 były martwo, a 3 żywo urodzone. Oprócz tego oznaczyłem ilość żelaza w płucach zupełnie zdrowego, dorosłego mężczyzny, ażeby się przekonać, o ile one zależeć może od wieku osoby i uczynić więcéj widocznem porównanie ilości, otrzymanych dla noworodków. Odnośny trup przedstawiał silnego, 30-letniego czeladnika rzeźniczego, który przez postrzał mózgu prawie nagle pozbawiony został życia w jednym z domów publicznych. Otrzymane ztąd rezultaty co do zawartości żelaza w zupełnie zdrowym organie o tyle więcéj są ważne, że brak aż dotąd prawie wszelkich wskazówek co do ilości żelaza w organach bezwzględnie zdrowych osób, jak to cała odnośna literatura wykazywać się zdaje. (C. d. n.)

II. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacyja Alexandra w obec wypadnięcia macicy.

Podał
Władysław Matlakowski,
ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Rodzi się obecnie następne pytanie, czy operacyja Alexandra wystarcza do utrzymania macicy w pozyskaném położeniu, innemi słowy, czy ta ostatnia nie powróci na swe miejsce na zewnątrz sromu, skoro chora powróci do zwykłego trybu życia. Obserwacyja kliniczna, która sama mogłaby dać odpowiedź rozstrzygającą, jest dotychczas niewystarczającą w tym punkcie, raz dla tego, że sprawozdania były zbyt świeże po operacyi, powtóre dla tego, że w większości opisów brak szczegółowych danych co do stanu macicy, pochwy, pęcherza i t. d. przed i po operacyi. Większość autorów angielskich poprzestaje na zaznaczeniu, że byli z wyniku operacyi zadowoleni, nie podając czasu, w jaki chorą po operacyi badali, i czy badali ją w położeniu stojącém, podczas kaszlu, nadymania się i t. p. Większość autorów angielskich (Alexander, Adams, Lediard, Imlach, Macfie Campbell, Elder, Burton, Allan, Miller, Sinclair) konstatuje wyleczenie, stwierdzone jeszcze po kilku lub kilkunastu miesiącach; z drugiéj jednak strony wielu poważnych ginekologów w Anglii (między nimi Lawson Tait), oraz w Ameryce (Emmet, Gaillard) albo nie wypowiedziało swojego zdania, albo są dla operacyi niechętni. Na kontynencie, jak to wskazują rozprawy w Paryżu (w 1885 r. 10 grudnia *Centralblatt f. Gynaekologie* Nr. 33, str. 537), w Berlinie (w 1886 r. 18 września *Bericht über die Verhandlungen d. gynaek. Sektion der 59 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Centralblatt f. Gynaekologie*, Nr. 42, str. 685), w Monachium (w 1886 r. od 17—19 czerwca *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie* str. 252—265), w Petersburgu (w 1886 r. 25 września *Żurnał akuszorstwa i żenskich boleznej* T. I, Nr. 1, str. 67 i następne), operacyja przyjętą została niechętnie i napotkała na surową krytykę, opartą przeważnie na teoretycznych wywodach. Pajot, Küstner, Winckel, Fritsch, Fraenkel, Sänger, Sławianskij, Lebiediew, Łazarewicz, Sutugin oświadczyli się albo wprost przeciw albo z wielkiemi restrykcyjami, przyczém, wyraźnie to zaznaczam, mieli przeważnie na oku operacyję przy *retroflexio* i *retroversio.* Nawet Zeiss, który broni jéj w tych osratnich cier-

pieniach, odrzuca ją przy wypadnięciu. Główne podstawy do nieprzychylnéj oceny ze strony wspomnianych ginekologów są: niepewność, czy się znajdzie więzy, daléj, czy będą wystarczająco wytrzymałe, usposobienie do przepukliny pachwinowéj, oraz okoliczność, że posiadamy skuteczniejsze i pewniejsze środki, aniżeli operacyja Alexandra w wiankach i innych operacyjach.

Trudno zgodzić się w medycynie na sądy, wysnute z czysto teoretycznych wywodów o pewnéj kwestyi, rozwój bowiem chirurgii wskazuje, jak często potępiano bezwzględnie operacyje, które dziś cieszą się powszechném obywatelstwem (np. sądy Velpeaua o resekcyi uda (patrz Lossena *Ueber Amputationen und Resectionen*), Francuzów do niedawna o owaryjotomii i nefrektomii). Najsłuszniéj, zdaniem mojém, będzie poczekać z ostateczną oceną operacyi na zebranie obfitszego i bardziéj krytycznego materyjału, jak to radzą Duplay, Doléris, Godson. To tylko powiedzieć dzisiaj można, że zbyt entuzyjastyczne sprawozdania (np. Manriquea) są nieuzasadnione; wszak sam Alexander w późniejszych swoich ogłoszeniach przyznaje, że operacyja jego nie usuwa stanów chorobowych macicy, *vesicocele* i td., które wymagają osobnego leczenia.

Własne moje spostrzeżenia są następujące:

Przypadek 1. B. J., 68 lat licząca, wyrobnica, przybyła do oddziału d. 18/8 1885 r. Po 1szym już porodzie wytworzyło się przemieszczenie macicy, które chora mianuje oberwaniem; miała potém jeszcze 9-ro dzieci: od 10ciu lat po rozwolnieniu zaczęła wypadać odbytnica, a następnie zaczęła ukazywać się w sromie i macica; oba te narządy z czasem wypadały coraz więcéj i coraz dłużéj przebywały na zewnątrz, a w końcu chora wcale już ich odprowadzić nie mogła. Stan obecny: blada, wychudła kobieta, ze znaczną rozedmą płuc, osłabiona krwawieniem z kiszki; męczący kaszel; ręce drżą przy ruchach; ze sromu zwiesza się guz wielkości głowy noworodka, utworzony z bardzo rozciągniętéj, wynicowanéj, wydłużonéj i zgrubiałéj od nacieku pochwy, obejmującéj w sobie macicę nieco wydłużoną (8 cm. długości jama), z szyją bardzo zgrubiałą, daléj znaczną część pęcherza, którego odcinek pozostał poza spojeniem łonowém, wreszcie wybornie dające się wyczuć pętlice kiszek. Oddawanie moczu bardzo utrudnione; usta maciczne rozwarte, wargi wywinięte, a na części pochwowéj obszerne szare owrzodzenia. Od tego guza oddzielony wązkiém kroczem drugi guz wielkości dużéj pięści powstały skutkiem wypadnięcia odbytnicy. 2go września operacyja Alexandra-Adamsa; wyszukanie więzów bardzo łatwe; wycięto po 11 i 10 cm., końce przyszyto jedwabiem do *crura* przewodu, oraz do tkanki podskórnéj. Przebieg bezgorączkowy; z powodu, że nie usunąłem drenów wcześniéj, ropienie w ranach i wydzielenie się kilku nitek. 22/9 chora opuściła szpital w dobrym stanie, t. j. z macicą znajdującą się w położeniu prawie prawidłowém, lecz z opuszczającemi się ścianami pochwy. Niedługo jednak, bo 6/12 z. r., wróciła do szpitala z powodu silnego wypadnięcia odbytnicy. Przy badaniu znalazłem znaczną *vesicocele*, wypadnięcie tylnéj ściany pochwy w kształcie guza wielkości pięści; macica jednak znajduje się w nadaném jéj położeniu. Będąc przekonanym, że ciężar, jaki dźwigać muszą przyszyte więzy (macica, pochwa, pęcherz) jest za wielki, aby z czasem nie miały mu ustąpić, d. 12/2 1886 r. wykonałem operacyję zwaną *colporrhaphia posterior* sposobem Hegara, wyciąwszy ogromny trójkąt. Chora opuściła szpital d. 27/8 1886. W r. b. ostatecznie wyciąłem część wypadającą odbytnicy za przykładem Mikulicza, i chora ostatecznie wyleczona z wypadnięcia obu narządów wyszła zdrową.

Przypadek 2. L. F., 59 lat, wyrobnica, przybyła d. 4/8 1885, 13 porodów; po jednym z nich trudnym, odbytym 15 lat temu, chora poczuła jak gdyby obce ciało w pochwie, które już tam pozostało; z rok temu zauważyła, że ciało to wysuwa się ze sromu; z początku mogła była guz na pewien czas odprowadzić, w ostatnich atoli miesiącach podczas zajęcia w dzień stale wisiał on na zewnątrz otworu sromnego; jednocześnie oddawanie moczu stało się trudném, a po przypadkowém rozwolnieniu powstało stałe wypadanie dolnego odcinka odbytnicy. Stan obecny: chora średniego wzrostu, miernego odżywiania, ze szczupłym pokładem tkanki tłuszczowéj pod skórą; z otworu sromnego zwiesza się guz jak duża pięść, składający się z wynicowanéj i prawie całkowicie wypadłéj pochwy, obejmującéj w sobie część pęcherza, nieznacznie powiększoną, oraz w tył pochyloną macicę; w górnéj zaś części guza wyczuć można sieć i pętlice kiszek; usta maciczne rozwarte, na wargach zgrubiałéj części pochwowéj obszerne owrzodzenia. Zwieracz rzyci zwiotczały, łatwo przepuszcza wywijającą się dolną część odbytnicy. Po odprowadzeniu macicy i spokojném leżeniu w łóżku, wkrótce znacznie się ona zmniejszyła.

D. 2/9 operacyja Alexandra Adamsa; odnalezienie więzów niezwykle łatwe prawie za jedném cięciem; umieszczono macicę możliwie wysoko i wycięto po 10—11 cm., końce przyszyto do *crura can. ing.* oraz do skóry, tak jednak, że nie wystawały z rany, krótkie dreny. Przebieg bez gorączki, z nieznaczném ropieniem w ranach, zbyt długo bowiem pozostawały w nich sączki. Chora wyszła d. 9/10 1885. W kilka miesięcy potém przy badaniu choréj stojącéj znalazłem macicę umieszczoną tak wysoko jak po operacyi, lecz ściany pochwy znacznie zwieszają się ze sromu; wskazaną była operacyja zwana: *colporrhaphia ant. et post.*

Przypadek 3. R. J., 22 lat, służąca, przybyła do szpitala 4/6 1886, nigdy nie rodziła; wypadnięcie macicy nastąpiło przed kilku miesiącami, jakoby skutkiem dźwigania ciężarów i pracy; jednocześnie bóle w bokach, kolki w brzuchu, miesiączka coraz mniejsza, *fluor albus*. Słabo rozwinięta, blada, wyniszczona; pokład tłuszczowy na brzuchu cienki. Ze sromu zwiesza się guz długości 6 cm., w obwodzie 11 cm.; okrągły otwór maciczny, dookoła niego owrzodzenie. Pochwa wynicowana z przodu całkowicie aż do wylotu cewki, z tyłu ponad wędzidełkiem istnieje nieznaczna zatoka, na dnie któréj błona śluzowa tylnéj ściany pochwy zawija się na guz. Pęcherz i odbytnica nie znajdują się w guzie. Długość przewodu macicznego 11 cm., część pochwowa wydłużona, zgrubiała. Macicę wraz z pochwą łatwo odprowadzić, lecz skoro tylko chora się podniesie, napowrót wypada. 9/7 wykonano odjęcie szyjki macicy sposobem Hegara, przyczém wyciąłem znaczny odcinek; ranę zespoiłem szwami jedwabnemi (8 na przednią wargę, 7 na tylną, po 4 na boczne cięcia). Chora wyszła uleczona, lecz niedługo wróciła z zupełném wypadnięciem; na zewnątrz otworu sromnego znajduje się dolna połowa macicy, któréj przewód wynosi 11 cm.; usta rozwarte szeroko skutkiem rozstąpienia się częściowego szwów; stan ogólny lepszy; miesiączkowanie prawidłowe. 25/10 1886 wykonałem operacyję Alexandra-Adamsa; odnalezienie więzów trudne; wycięto po 7—8 cm. przyszyto do *columnae canalis inguin.* i do skóry, ale tak, żeby końce z rany nie wystawały; krótkie dreny wyjęte na 3ci dzień; przebieg bezgorączkowy; zagojenie ran gładkie. Chora wyszła (bez wianka) ze szpitala 10/12 1886 z macicą w położeniu prawidłowém. 16/1 1887, oraz w miesiąc później badałem chorą w położeniu stojącém: macica nawet przy nadymaniu nie ukazuje się z otworu sromnego; opadnięcie tylnéj ściany pochwy, a głównie przedniéj; macica *in anteversione*; zaburzeń czynnościowych nie ma żadnych.

Przypadek 4. M. C., 22 lat, mężatka, od 2½ roku nie rodziła i nie roniła; do czasu zamążpójścia zdrowa; miesiączka prawidłowa co 3½ tygodnia, po 5 dni bez boleści. Przed 2 łaty upadła z wozu i została przygniecioną workami z mąką; zaraz uczuła ból w krzyżu i w podbrzuszu, a najbliższa miesiączka była długą i obfitą. Dobréj budowy, miernego wzrostu, wybornego odżywienia; skarży się na boleści w brzuchu, lędźwiach i przeróżne bóle i dolegliwości; upławy białe; wejście do pochwy i sklepienia bardzo zaczerwienione, gorące; pochwa bardzo obszerna, zwłaszcza jéj górna połowa; ściany jéj przy kaszlu i nadymaniu się wywijają się, macica przytém opuszcza się aż do wchodu do pochwy. Macica znajduje się nisko, prawidłowéj wielkości, bardzo ruchoma, w niskim stopniu przodozgięcie; na części pochwowéj erozyje; jajników wymacać nie można; z pochwy obfita wydzielina śmietankowata. Jeżeli choréj stojącéj kazać się nadąć, macica opuszcza się bardzo nisko i pomieszcza się w rodzaju *cul-de-sac* ponad kroczem. Rozpoznanie brzmiało: *colpitis, endometritis, descensus et retroversio uteri.* 8/2 1887 operacyja Alexandra-Adamsa. Pomimo grubego pokładu tłuszczowego więzy odnalazłem łatwo, wyciąłem z nich po 8—9 cm., wszyłem w przewodzie pachwinowym; rany w skórze zaszyto zupełnie, z pozostawieniem małych rozporków, bez drenu. Przebieg bezgorączkowy, zagojenie bez kropli ropy, pod wilgotnym strupem. Przez cały czas pobytu za pomocą przestrzykiwań pochwy roztworem sublimatu i zakładania tamponów jodoformowych łeczono zapalenie pochwy. Chora z wiankiem Hodgea opuściła szpital. Chora dotychczas nie pokazywała się, nic mi więc o jéj stanie nie wiadomo.

Jeślibym zatém miał wydać sąd o operacyi Alexandra-Adamsa na podstawie własnych spostrzeżeń, to wypadłby on niezupełnie na korzyść tego sposobu. Macica w saméj rzeczy przez długi czas bez wianka, bez względu na istniejącą *vesicocele* i opadnięcie ścian pochwy, utrzymuje się w nadaném jéj przez skrócenie więzów położeniu, ale efekt operacyi jest połowiczny z otworu bowiem sromnego zwieszają się ściany pochwy i trudno oprzeć się myśli, że z czasem więzy puszczą macicę, pchaną ku dołowi przez ciśnienie wewnątrz brzuszne, podczas kaszlu, nadymania się, dźwigania ciężarów i t. p. Jedynie zatém tam, gdzie macica nie jest powiększoną, gdzie nie ma *vesicocele* ani wypadnięcia pochwy, która nie jest zbyt rozciągniętą i wydłużoną, gdzie badanie wykazuje, że macica swobodnie daje się odprowadzić, można poprzestać na saméj operacyi skrócenia więzów z następném założeniem wianka. Co do skuteczności swojéj, operacyja ta porównana z operacyjami zwanemi *colpoperineorrhaphia* i *colporrhaphia anterior* nie wytrzymuje żadnego porównania; ta ostatnia wytwarzając krocze, oraz mocny słup w tylnéj ścianie pochwy zadosyć czyni walnemu wskazaniu przyczynowemu, a mianowicie przywraca naturalną podporę dla macicy, a zarazem leczy wypadanie pochwy; w przypadkach zatém powikłanych, ciężkich i zadawnionych bezwarunkowo odrazu przystępować się powinno nie do operacyi Alexandra-Adamsa, lecz do *colporrhaphia ant. et post.* Do téj też operacyi uciec się widzieli zmuszonymi Gardener (w Australii), Alexander (w spostrzeżeniu przytoczoném przez Manriquea na str. 86), oraz i ja do niéj uciec się musiałem w pierwszym przypadku, po dokonaném skróceniu więzów. Ta kombinacyja obu metod dałaby się wyzyskać w przypadkach ciężkich i zadawnionych, u osób zajętych ciężką pracą, dotkniętych kaszlem zależnym od rozedmy, u których można się obawiać, że pod wpływem współdziałających nieprzyjaznych czynników macica pomimo wykonanéj kolporafii przedniéj i tylnéj może znowu się obsunąć; tutaj operacyja Alexandra Adamsa utwierdzając dno macicy nieruchomo zapobiegałaby powyższéj ewentualności. W takich razach należałoby najprzód przedsięwziąć *colpoperineorrhaphia post.* i *colporrhaphia ant.*, gdyż je łatwiéj wykonywać na wypadniętéj pochwie na zewnątrz sromu, a potém dopiero zrobić operacyję Alexandra Adamsa (w odwrotném zatém porządku, jak to radzono); tutaj operacyja ta odpowiadałaby poniekąd drugiemu wskazaniu przyczynowemu, a mianowicie wzmacniałaby utwierdzenie otrzewnowe macicy. W każdym razie, nawet przy wypadnięciu macicy, operacyja Alexandra Adamsa nie zasługuje na bezwzględne odrzucenie, lecz wymaga na równi ze sposobem Koeberlego (przyczepienie macicy w przedniéj ścianie brzucha) dalszych bezstronnych i szczegółowych spostrzeżeń.

III. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Z przytoczonych powodów hypnotyzm musimy uważać za środek więcéj niebezpieczny niż chloroform, alkohol i rozmaite inne jady, które przeważnie szkodzą tylko ofiarom tych środków, i jeżeli istnieją przepisy i kary, ograniczające zastósowanie tych leków, tém bardziéj muszą istnieć ograniczenia hypnotyzowania, pomimo, że tylko pewne osoby mogą temu ulegać. Hypnotyzm nie powinien być przedmiotem salonowych zabaw lub środkiem zarobku w ręku rozmaitych szarlatanów i magnetyzerów, chociażby go zastosowywano dla leczenia chorych. Nie pozwolonoby nigdy na urządzenie salonów dla chloroformowania, używania tlenku azotu lub wywoływania napadów hysterycznych, chociażby dowodzono, że one służą do leczenia pewnych cierpień; również więc muszą być zabronione wszelkie przedstawienia hypnotyczne przez ludzi do tego nieuprawnionych, albowiem naukowy stan téj kwestyi już dzisiaj daje stanowczą do tego podstawę.

Stosowanie hypnotyzmu w celu leczenia rozmaitych cierpień, które w ostatnich czasach weszło znowu na porządek dzienny, skuteczność jego polega najprawdopodobniéj na tém samém, na czém polega zaszeptywanie ludowych lekarzy i lekarek, wpływ cudownych miejsc (kamień magnesowy u Egipcyjan, Kaaba u Arabów, sztuczne magnesy Ojca Hella), talizmanów i amuletów, nowoczesna homeopatyja, płynna elektryczność Matejego, metaloterapija Bürka, wpływ magnesów, hypnoskopów itp. to jest wyłącznie na wpływie psychicznym. Wszystkie te sposoby razem wzięte możnaby nazwać terapiją psychiczną. Wyżéj przytoczyliśmy dowody, że rozmaite stany psychiczne mogą wywoływać zmiany w sprawach cielesnych; w podobny sposób stany te mogą prawdopodobnie wpływać i na pewne zmiany chorobowe, jeżeli istnieje wiara, pewność, przekonanie, że to może lub musi nastąpić. Przekonanie chorego o skuteczności sposobu zastósowanego i oczekiwanie pożądanego skutku jest tu warunkiem niezbędnym. Liczne tego dowody znajdujemy tak w literaturze lekarskiéj, jak również magnetycznéj. Tak Charpignon przytacza następujący przypadek obserwowany przez

Sobernheima. Lekarz ten, nie mogąc żadnemi środkami usunąć porażenia języka u pewnego chorego, postanowił zastosować przyrząd własnego pomysłu i obiecał choremu, że teraz właśnie nastąpi pożądany skutek. Wprzód jednak nim zastosował ów przyrząd chciał zmierzyć temperaturę pod językiem i w tym celu wstawił termometr choremu do jamy ustnéj; chory sądząc, że to jest ów cudowny przyrząd, w kilka minut zakrzyknął z radością, że już może mówić. I rzeczywiście porażenie od téj chwili ustąpiło. Bernheim przytacza podobny przykład wyleczenia afazyi: u choréj miano zastósować prąd elektryczny, lecz przyłożenie ręki do czoła i zapewnienie, że może mówić, było wystarczającém, i od téj chwili afazyja ustąpiła. Haack-Tucke przytacza następujący przypadek: 18-letnia córka konsula hanowerskiego miała zażyć na drugi dzień proszek rabarbarowy, do którego miała szczególny wstręt. W nocy śniło się jéj, że zażyła ów obrzydliwy dla niéj środek, a skutek był ten, że po obudzeniu się miała od 5—6 stolców. Podobny przykład przytacza także Demangeon [6c]). Charcot, Littré, Bernheim i inni lekarze podają niewątpliwe fakta wyzdrawiania chorych podczas pielgrzymek do miejsc cudownych. Dr. John Tanner, opisując rozmaite przypadki wyleczenia za pomocą magnetyzmu, powiada, iż jest rzeczą bardzo ważną przed rozpoczęciem leczenia przekonać chorego, że pomyślny skutek musi nastąpić, jeżeli się to nie uda, to dobrych skutków oczekiwać nie można.

Ponieważ u osób hypnotyzujących się odporność na wszelkie poddawania jest zmniejszoną, prawdopodobnie nawet bez hypnotyzowania, więc oczywiście osobom takim łatwo wmówić każdą myśl, wyrobić w nich pewne przekonanie. To przekonanie i wiara w działanie pewnego środka w pewnych przypadkach jest właśnie tym stanem psychicznym, który może wpływać na pewne funkcyjonalne zaburzenia lub je wywołać. Wpływ psychiczny na czynności cielesne oczywiście ma pewne granice i jeżeli zmiany chorobowe są głębokie, przekraczają granicę zmian funkcyjonalnych i zależą od zmian konstytucyjnych, to wpływ psychiczny zostanie bez skutku. Bernheim, wielki zwolennik leczenia przez poddawanie w stanie hypnotycznym, przytacza przykłady, w których leczenie tego rodzaju było bez skutku np. w padaczce, bólach w skutek kontuzyi itp. Fakt, że wszystkie sposoby zastósowania magnetyzmu i hypnotyzmu w rozmaitych czasach były również skuteczne, jak dziś leczenie przez poddawanie, przemawia zatém, że skutek nie zależy od sposobu zastósowania, ale najprawdopodobniéj od usposobienia samych chorych, ich wiary w skuteczność. Ta wiara i przekonanie utrzymują się w publiczności, jak zwykle, w skutek braku ścisłych dat statystycznych i dokładnych klinicznych spostrzeżeń. Ocenić wpływ hypnotyzmu pod tym względem możnaby tylko w takim razie, jeżeliby go zastosowano w znacznéj liczbie przypadków jednorodnych i jeżeliby przytém rezultaty otrzymane porównywano z wynikami zastosowywania w podobnych przypadkach innéj metody. Dotychczas przypadki, opisane przez Liébeaulta, Bernheima i innych, mają charakter mieszaniny najrozmaitszych cierpień, nie zawsze dokładnie opisanych, bez żadnego porównania z inną metodą i w skutek tego, mojém zdaniem, cała ta kazuistyka nie ma najmniejszéj naukowéj wartości.

Oprócz wpływu psychicznego, jaki może mieć na hypnotyka sam akt hypnotyzowania i usypiania, poddawanie w stanie hypnotycznym może jeszcze mieć i inne znaczenie. Wspominaliśmy wyżéj, że przez poddawanie można wywołać pewne zmiany w czuciu wewnętrznéṁ, np. ból w pewnych okolicach, swędzenie itp. Otóż prawdopodobnie u pewnych osób przez poddawanie można usunąć rzeczywiście istniejące uczucie lub nawet inne przypady, lecz tak w pierwszym jak również w drugim przypadku hypnotyk nie będzie w stanie prawidłowym, lecz w stanie częściowego somnambulizmu: sprawa chorobowa będzie przebiegała swoją koleją, lecz nie będzie odczuwaną. W tych przypadkach hypnotyzm może poniekąd zastąpić środki narkotyczne. Jakie jednak i pod tym względem będzie miał zastósowanie, mogą okazać tylko dalsze doświadczenia systematycznie przeprowadzone i opierające się na znacznéj liczbie podobnych przypadków. Każdemu lekarzowi znane są przypadki, w których zastrzykiwanie wody destylowanéj pod skórę zamiast morfinu, u chorych, którzy przekonani są o skuteczności téj ostatniéj, usuwa cały szereg bardzo skomplikowanych przypadów. A w obec tego, fakty podawane przez zwolenników zastosowania hypnotyzmu do leczenia, pomimo woli muszą budzić bardzo wielką wątpliwość co do przyczynowego związku skutków ze stanem hypnotycznym. Tém bardziéj, że znaczna część tych faktów opiera się na spostrzeżeniach, czynionych w praktyce prywatnéj, przy któréj prawdziwie naukowa kontrola jest prawie niemożliwą.

Zastosowanie hypnotyzmu w celach pedagogicznych, w którém nawet Beaunis pokłada wielkie nadzieje, oczywiście nie ma najmniejszéj podstawy, gdyż w takim razie wychowanie całkowicie mijałoby się z celem, do którego dążyć powinno. Żadne poglądy pedagogiczne nie mogą usprawiedliwić rozwijania automatyzmu i przytłumiania samowiedzy w dziecku, do czego prowadzi hypnotyzowanie i poddawanie. Przypuśćmy, że dziecko będzie się pilniéj uczyło, pomimo woli, przekonania i chęci, okaże nadzwyczajną zdolność; to nasamprzód stan ten będzie trwał tylko pewien czas, po którego upływie hypnotyzowanie i poddawanie należy powtórzyć; powtóre podczas tego zdobywania wiedzy, świadome czynności mózgu nie będą brały należytego udziału i po ustąpieniu wpływu poddawania, cała nabyta wiedza okazałaby się poza obrębem świadomości, czyli że dziecko zostawałoby w tym samym stanie, w jakim było przed hypnotyzowaniem. Pod tym względem mamy wszelkie podstawy twierdzić, że się nawet doświadczeń téj kategoryi wykonywać nie powinno.

Inne zupełnie znaczenie ma hypnotyzm jako metoda badania zjawisk psychicznych. Jako stan dający możność obserwowania czynności nieświadomych w organizmie ludzkim, ich stosunku do świadomości, jako stan mający dużo wspólnych cech ze snem i somnambulizmem naturalnym i niektóremi sprawami chorobowemi, hypnotyzm przedstawia obszerne pole dla badań psychologicznych i fizyjologicznych i pod tym względem ma niewątpliwie wielką przyszłość i doniosłe znaczenie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał **Dr. J. Talko.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Dzień 19 stycznia przeznaczony był na obejrzenie moskiewskiego szpitala ocznego. Szpital ten zajmuje obszerny gmach na głównéj, Twerskiéj ulicy. Założony został w 1826 r., istnieje więc lat 60. W 1876 r. obchodzono uroczyście 50-letni jubileusz Zakładu. W ciągu $^1/_2$ wieku szukało porady ambulatoryjnie 323.714 chorych (865.063

zrobiono wizytacyj), w szpitalu leczono 26.910; operacyj wykonano 37.582, z których operowano zaćm 5.872, irydektomij 3.904, wyłuszczeń gałek ocznych 134. Pierwszym naczelnym lekarzem był Dr. Brosse, obecnie dyrektorem jest prof. Dr. Braun, ordynującymi lekarzami Łożecznikow i pryw. doc. Makłakow (od 1864 r.), wszyscy oni mieszkają w gmachu szpitalnym. Od r. 1875 naznaczono i trzeciego ordynatora, Dra Giłusa. Obecnie szpital rozporządza 85 łóżkami. Począwszy od 1846 r. szpital jest jednocześnie i oftalmiczną kliniką dla studentów Uniwersytetu, którą prowadzi od 1864 r. czcigodny prof. Braun. Roczny dochód i rozchód szpitala wynosi średnio około 20.000 rs.

Po obejrzeniu szpitala oglądaliśmy chorych. Szczególną uwagę wszystkich zwracał nadzwyczaj rzadki przypadek. Pewien młody człowiek cierpiący w dzieciństwie na drgawki, miał w prawém oku zaćmę warstwową. Lewa soczewka, w której prawdopodobnie początkowo była też zaćma warstwowa, całkowicie była zaćmioną, mając charakter miękkiéj zaćmy. W tém ostatniém oku istniał rodzaj klapki, która od strony przedniéj komórki zakrywała źrenicę. Kolor klapki taki jak i soczewki, większa niżli źrenica, nieruchoma, przyrośnięta do dolnego brzegu źrenicznego, a po rozszerzeniu źrenicy atropiną okazało się, patrząc przy bocznem oświetleniu, że miała łączność i z przednią torebką. Jedni byli za tém, że to był rodzaj *membr. perseverans*, inni utrzymywali, że pochodzenie téj błony prawdopodobnie wypocinowe, chociaż chory zapalnych objawów ze strony oka nie pamięta. Prof. Braun miał zamiar wyjąwszy tę błonę, robiąc irydektomiję ku dołowi, poddać ją badaniu drobnowidowemu. [1])

Dr. Makłakow na kilku chorych okazywał użycie swego przyrządu, *tenometru*, służącego do wymiaru ciśnienia śródocznego. Przypomina on postacią nieco klepsydrę, na obu końcach której są płaskie szklanne powierzchnie, które smarują się wazeliną i następnie przyrządem, utrzymywanym w środkowéj części za pomocą drutu, dotyka się środka jednéj rogówki, następnie drugą stroną *resp.* drugą zabarwioną powierzchnią przyrządu dotyka się środka drugiéj rogówki. Potém odciski te przenoszą się na papier, dając okrągłą lub owalną figurę, różowo zabarwioną i podług jéj wielkości sądzi się o stopniu powiększenia lub pomniejszenia ciśnienia śródocznego. Dr. M. sporządził już cały atlas podobnych krążków. Zdaniem mojém i wielu kolegów obecnych przy tych doświadczeniach badania te pozostawiają jeszcze wiele do życzenia. W każdym razie doświadczony palec jeszcze długo spełniać będzie obowiązki tenometru, nim wynalezionym zostanie praktyczny i czuły przyrząd do podobnych wymiarów.

Po obejrzeniu szpitala zebraliśmy się w sali posiedzeń, gdzie poświęciliśmy parę godzin przedyskutowaniu projektu ustawy rosyjskiego oftalmicznego Towarzystwa opracowanemu przez Drów Chodina i Timomirowa. Przyjęto 19 punktów téj ustawy, w zmienionéj nieco formie, podpisano takową i poruczono Drowi Makłakowowi przesłanie do zatwierdzenia. Spodziewać się należy, że na przyszłych Zjazdach rosyjskich lekarzów sekcyja oftalmiczna już się zamieni na oftalmiczne Towarzystwo, które odbywać będzie swe zebrania jednocześnie z ogólnemi Zjazdami i jeśli te ostatnie kiedykolwiekbądź w przyszłości przestaną mieć miejsce, Towarzystwo oftalmiczne będzie istnieć samodzielnie.

[1]) Dr. Łożecznikow donosi mi listownie, że prof. B. wykonał następnie wydobycie téj zaćmy; klapka wyrastała z soczewki.

Rozdano wszystkim tu zebranym kolegom broszury: 1) Krótki rys historyczny moskiewskiego ocznego szpitala, 2) 50-letni jubileusz tego szpitala, a także 3) piękny dużych rozmiarów miedziany medal, wybity na pamiątkę tego jubileuszu; na głównéj stronie medalu popiersia Mikołaja I. i Aleksandra II., na odwrotnéj uzdrowienie ślepego przez anioła (pieczęć szpitalna) z napisem: Moskiewski oczny szpital ufundowany d. 26 stycznia 1826 r. Następnie przyszli członkowie Towarzystwa oftalmicznego byli gościnnie podejmowani przez Drów Brauna i Łożecznikowa.

Pozwalam sobie powiedzieć słówko o pierwszym z nich. Poznałem go w 1869 r., będąc pierwszy raz w Moskwie, byłto człowiek w sile wieku, dziś znalazłem go ubielonego siwizną, lecz rzeźwego i czynnego. Jest on popularnym w Moskwie i lubianym przez kolegów, a szanowanym przez swych uczniów, którzy licznie reprezentowani byli ze środkowych gubernij Rosyi. Dla mnie wydał się czcigodny profesor nadzwyczaj sympatycznym i skromnym, pomimo głębokiéj swéj wiedzy w zakresie naszéj specyjalności. W r. z. wydał powtórną i poprawną edycyję obszernéj swéj pracy p. t. *Rukowodstwo k głownym boleźniom* (Moskwa str. 721). Profesor wręczył mi egzemplarz tego dzieła, a ja ze swéj strony złożyłem w ręce jego swoją monografiję o jubilacie prof. Szokalskim, którego on ze czcią wielką wspominał. Przyjmując moją książkę kol. Braun oświadczył, że odczyta ją z przyjemnością, témbardziéj, że zna język polski, gdyż dawniéj jako praktykujący lekarz mieszkał w Minsku litewskim. Staraniem prof. Brauna urządzoną była sekcyja oftalmiczna Zjazdu.

W końcu słówko o Wystawie farmaceutycznéj Zjazdu. Urządzoną była znakomicie staraniem aptekarza-kupca Köllera, moskiewskiego farmaceutycznego Towarzystwa i petersburskiego laboratoryjum. Oglądaliśmy tu między innemi lekami najnowsze środki często stosowane w oftalmicznéj praktyce: ezerynę, atropinę, pilokarpinę, kokainę, *sem. jequirity minores et majores etc.* Te ostatnie (wielkości wiśni) wypróbowane przez Dra Łożecznikowa, przezemnie i Dra Przybylskiego, okazały się bez najmniejszego wpływu na łącznicę i śmiało mogą być nazwane „fałszywemi ziarnami jequirity.“ Na wystawie téj widziałem parę egzemplarzy ocznego termometru, którego koniec z rezerwoarem rtęci jest płasko zagięty, odpowiednio do worka łącznicy, zastosowany bowiem być ma do wkładania pod powieki. Cena tego termometru 2 rs.

Chirurgija.

F. Bowremann Jesset: **Przypadek mięsaka** (*myeloid sarcoma*). **zajmującego obie kości szczęki górnéj wraz z podniebieniem twardém i miękkiém; wyłuszczenie nowotworu wraz z większą częścią obu kości szczęki górnéj; wyzdrowienie.**

U zamężnéj 35-letniéj kobiety powstał przed 21 miesiącami wolno rosnący guzek wielkości orzecha; w 6 miesięcy od pojawienia się guzka wzrósł on do wielkości jaja gołębiego; dla tego chora udała się do szpitala Guya, gdzie Clement Lucas usunął guz za pomocą nożyczek zakrzywionych i wyskrobał okostnę łyżeczką ostrą. Rozpoznanie wtedy brzmiało *sarcoma myeloides*. W kilka miesięcy potém operowaną była w szpitalu św. Tomasza przez Mac-Cormaca w skutek powrotu choroby. Rozpoznanie brzmiało *Sarcoma myelogenes recid.* Gdy chora zgłosiła się do autora w Hospital Brompton guz wielkości jaja gęsiego zajmował całe podniebienie twarde i miękkie, dziąsła aż do zębów siecznych,

obie jamy nosowe, osobliwie zaś lewą i jamę nosopołykową; palcem wprowadzonym do ostatniéj obejść się on nie dał. Autor wyłuszczył nowotwór w następujący sposób. Najpierw poprowadził 2 cięcia przez części miękkie od kątów ust do wewnętrznych brzegów oczodołów; odpreparował płat zawierający nos ponad czoło i odsłonił w ten sposób przednią część nowotworu i obie kości szczęki górnéj. Następnie przepiłował delikatną piłką obie kości szczęki w odległości $^3/_4$ cala i równolegle do wyrostka zębowego wzdłuż całéj szerokości szczęki górnéj i za pomocą skrobaczki użytéj jako dźwigni oddzielił dolną część obu kości od pozostałéj górnéj. Za pomocą kleszczy uchwytnych usunął dolną część obu szczęk wraz z nowotworem pomagając sobie przytém palcem wprowadzonym do jamy nosopołykowéj. Część nowotworu, która pozostała w jamie Highmora, usunął łyżką Volkmanna. W ten sposób usunął cały nowotwór, krwotok przytém był bardzo nieznaczny. Płat skórny zespoił następnie szwem szpilkowym i szwem z włosu końskiego.

Pierwszego dnia po operacyi żywiono chorą przez odbytnicę, następnie przez usta; przestrzykiwano przytém starannie usta roztczynem boroglycerydu. Rana zagoiła się dobrze, mowa choréj jest dobrą; przez umieszczenie płytki w podniebieniu, żucie i mowa poprawiły się znacznie.

Przypadek opisany należy do rzadkich, z powodu, że usunięto w nim znaczniejsze połowy dolne obu kości szczęki górnéj. Cięcie Heyfeldera, którego autor użył, umożliwiło mu dokładny dostęp do nowotworu i możność kontrolowania krwotoku, w razie gdyby tenże był znaczniejszym. Krwotoku znaczniejszego przy tym sposobie operowania nie było: guz odsłonięto prawie w całości, nie potrzeba zatém było przeprowadzać piłki łańcuszkowéj przez *fissura spheno maxillaris*, któryto zabieg byłby sprowadził znaczny krwotok w tym przypadku. Ważną okolicznością jest, że przy użyciu dłutka uniknął J. zupełnie uszkodzenia wyrostka skrzydlatego kości klinowéj. Autor nie znalazł przypadku w ten sposób operowanego. Ważną rzeczą jest, że rozpoznanie zrobione w szpitalach Guya i św. Tomasza brzmiało *Sarcoma myeloides*, podczas gdy autor nie napotkał myeloidowych komórek; przeważało włókniste podścielisko i obfite komórki okrągłe. J. uważa za punkt wyjścia nowotworu okostnę podniebienia twardego. Całe utkanie kostne było zresorbowane a miejsce jego zajęła masa nowotworowa. (*The Lancet*, 1887, May 28).

Dr. Barącz.

Patologija.

Dr. O. Minkowski (Królewiec): **Przypadek akromegalii.**

M. miał sposobność obserwowania przypadku akromegalii (ἄκρον część obwodowa), choroby opisanéj niedawno pod tém trafném mianem przez Mariego, a spostrzeganéj na oddziale Charcota w Salpêtrière.

Mężczyzna 38-letni skrzypek, zauważył przed 10 laty powolne grubnienie palców u rąk, następnie grubnienie palców u nóg i samych stóp, a wreszcie grubnienie nosa i warg. Przy badaniu uderzyło autora znaczne zgrubienie i zniekształtnienie rąk i stóp, nosa, warg i brody. Chory musiał wkrótce zaniechać oddawania się zawodowi swemu jako skrzypek, a zaczął grywać na flecie; gdy jednak wargi przerastać zaczęły musiał używać grubszéj nasadki ustnéj u fletu. Kości licowe również wykazywały znaczny przerost. Narządy wewnętrzne okazały się zdrowemi, wzrok oka lewego był znacznie upośledzonym (chory liczył palce okiem lewém tylko na odległość 5 m.), pole widzenia tegoż oka okazało się zwężoném, badanie wziernikiem dało wynik ujemny.

Przypadki podobne spostrzegli prócz Mariego, Saucerotte, Alibert, Friedreich, Klebs, Brigidi i Fritsche. Klebs uważa za przyczynę akromegalii i w ogóle olbrzymiego wzrostu (*Riesenwuchs*), czyto wrodzonego, czyteżto nabytego, ogólne bujanie zarodków naczyniowych (angioblastów), których punkt wyjścia stanowić ma nieprawidłowo rozwinięta trzustka. Główną różnicę obu chorób olbrzymiości (*Riesenwuchs*) i akromegalii stanowi ta okoliczność, że akromegalii towarzyszą ciężkie zboczenia organizmu (charłactwo, zboczenia ze strony układu nerwowego, zboczenia w krążeniu) olbrzymiość nie sprowadza wcale takich zboczeń. Nadto przy akromegalii tylko części obwodowe przedstawiają przerost. Ciekawą jest okoliczność, że przy sekcyjach osób zmarłych z powodu téj rzadkiéj choroby zauważono obok przerostu narządów wewnętrznych w każdym przypadku przerost przysadki mózgowéj (czém tłumaczyć należy upośledzenie wzroku w przypadku autora). Ciekawym jest także zmienny stan gruczołu tarczykowego u tych chorych, w jednych przypadkach spostrzegano przerost w innych (przypadek autora) zanik tegoż. Od matołectwa (*Myxoedema*) różni się choroba ta głównie tém, że występuje w niéj przerost kości, daléj brakiem charakterystycznych zmian w skórze, właściwych matołectwu a ostatecznie odmiennym wyrazem twarzy: twarz osób dotkniętych akromegaliją bywa przewężoną, u dotkniętych matołectwem nie proporcyjonalnie szeroką.

Leontiasis ossea chorobę opisaną przez Virchowa cechuje brak przerostu odnóg obok przerostu kości twarzy i czaszki, chorobę Pageta zaś, czyli t. zw. *Ostitis deformans*, cechuje przerost kości długich i kości czaszki, a w akromegalii kości twarzy przerastają, kości czaszki nie przedstawiają żadnych zmian. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 21).

Dr. Barącz.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Zajmujący się zbieraniem trupów sąto zwykle ludzie cieszący się pewną powagą i zamożnością. Oni to układają się z rodziną i po ugodzeniu się o cenę przewozu, oddają zwłoki wybranym i znanym przez się grabarzom do czasowego ich przechowania, aż do chwili, gdy się zbierze odpowiednia ilość tego rodzaju towaru. Zwłoki przeznaczone tylko do przechowania składają już to w niegłębokich dołach w pobliżu domostw, w ogrodach, a najczęściéj w kostnicach, znajdujących się przy pewnych meczetach. Z nadejściem wiadomości, że przewóz ich do Turcyi jest dozwolonym, grabarz wydobywa je z grobu czy kostnicy, usuwa płócienny całun, i rozłożywszy to co pozostało z nieboszczyka na deszczułkach lub drewienkach, wystawia je na działanie powietrza, aby sprowadzić, jak utrzymują, podeschnięcie zwłok. Gdy rozkład organiczny już znacznie postąpił, wtedy podobne podsuszanie wymaga dłuższego czasu dla ulotnienia się tłuszczu i istot organicznych płynniejszych Że zaś podobna operacyja odbywa się w porze letniéj, wystarcza więc zwykle dni dziesięć na przeprowadzenie zwłok w stan ułatwiający dalszy szereg postępowań. Podsuszone zwłoki okładają wtedy kamforą, zawijają ściśle w grube podwójne płócienne całuny, i obłożone wojłokiem zaszywają w rogóżkę, obwiązywaną dokładnie wełnianemi sznurami. W takim stanie są już zwłoki gotowe do dalszego transportu i z zachowaniem pe-

wnych obrządkowych muzułmańskich zwyczajów bywają powierzane tak zwawym „czarwadarom“, obowiązującym się przewieść je do miejsc świętych. Sprawa ta czasowego składania w grobach, wydobywania z nich, podsuszania i wreszcie pakowania zwłok, nie może pozostać bez wpływu nie tylko na zajmujących się tą czynnością, ale nieraz i na zdrowie mieszkańców całych nieraz wsi lub dzielnic miejskich. Najfatalniejszy zaś wpływ wywiera głównie podsuszanie zwłok. I gdy tylko przyczyną zgonu była choroba zakaźna jak np. ospa, wtedy wybuch jéj w téj lub owéj okolicy zawdzięcza stale swój rozwój li tylko ulatnianiu się pierwiastków organicznego rozkładu, z trupów pozostawionych na otwartém powietrzu. Co zaś do samego grabarza, to i ten nieraz przypłaca życiem swoje rzemiosło, jedynie tylko w następstwie niemożebności w jakiéj się znajduje nie stykania się z istotami pozostającemi w stanie gnilnego rozkładu. Nieraz téż i grabarz zanosi tę lub ową z chorób zakaźnych do swéj rodziny i za jéj pośrednictwem sąsiadom i całéj dalszéj okolicy.

Transport wreszcie trupów odbywa się zwykłym tutejszym sposobem używanym do przewozu innych towarów, już to pojedyńczo po jednym nieboszczyku na grzbiecie cierpliwego osiołka, lub przy większym zasobie towaru całemi karawanami na mułach i wielbłądach. Wtedyto taki „czarwadar“ dla większego zysku rozwija całą swą chytrość i zręczność, zależące na pakowaniu w jednę rogożkę po półtora a nawet po dwa trupy. Gdy okoliczności nie pozwoliły przewieść całych zwłok, lub jeżeli rozkład gnilny już bardzo postąpił, wtedy zbiera się szkielet lub pojedyńcze jego części, i w takim razie pojedyńczy worek rogóżkowy może pomieścić resztki kilku nieboszczyków. Tak jednak postępuje sobie tylko biedniejsza klasa mieszkańców, którzy oczywiście nie tyle dbają o całość zwłok, ile o mniejsze koszta i zadość uczynienie zwyczajowi, wymagającemu, ażeby choćby tylko cząsteczka prawowiernego szeity mogła być złożoną przy mauzoleum Alego lub Husseina. Kierowani podobną zasadą przemyślni „czarwadary“, często przy transportowaniu nieboszczyków dopuszczają się innych znowu nadużyć. Gdy po odbyciu kilkunastodniowéj podróży zauważą zbyteczną wilgotność wiezionego towaru; gdy się przekonają, że przez rogóżkę zaczyna przeciekać jéj zawartość, wtedy na pierwszym popasie szybko pozbywają się tego wszystkiego co pod egło rychłemu rozkładowi, a zapakowawszy napowrót szkielet, tułów lub kilka kości tylko, wiozą już je daléj bez kłopotu. Oczywiście dzieje się to tylko wtedy, gdy transportowi nie towarzyszy żaden z krewnych nieboszczyka. W takim bowiem razie bez względu na stan trupa czarwadar znosi wszystko z poświęceniem i wytrwałością godną lepszego celu. Zwłok przeznaczonych do przewozu nie poddają żadnéj kontroli, ani téż nie uwzględniają co do ich stanu, jak również i co do przyczyn chorobowych, jakie były powodem zgonu. Rzecz zaś prosta, że o środkach sprzyjających przechowaniu trupów przez dłuższy czas, o ich balsamowaniu lub składaniu tylko w mogiłach, których jakość gruntu posiada własność wysuszania tkanek organicznych i mowy być tu nie może. Temu sprzeciwia się zakon pozwalający na uperfumowanie trupów tylko kamforą i to w małéj stosunkowo ilości, która wprowadzona do naturalnych otworów ustrojowych, ulatnia się zwykle bardzo szybko przez samo zetknięcie się z ich rozkładową wydzieliną.

Wszystko to co powiedziałem ustępuje jeszcze przed faktem nieporównanie większéj doniosłości, mianowicie przed pominięciem wszelkich ostrożności sanitarnych tak przy zbieraniu i pakowaniu trupów, jak również w czasie ich transportu przez Persyję aż do granicy tureckiéj. Władze bowiem krajowe nie wprowadziły jeszcze w zwyczaj wydawania transportującym trupy świadectw, mogących posłużyć za dowód że przewożone zwłoki należały do osób, których zgon nie nastąpił w skutek chorób zakaźnych. W pośród Persów jeszcze nie ustaliło się przekonanie, a właściwie nikomu tu nie wiadomo, że pewne choroby zakaźne posiadają własność przechowywania swych zarazków niekiedy nawet w ciągu dość długiego okresu czasu; że zwłoki osób, których zgon nastąpił w skutek jednéj z takich chorób, są w stanie przy wydobyciu ich z grobu lub poruszeniu tylko, przenieść zarazek na pewną liczbę otaczających. Co wszystko, przy uwzględnieniu stykania się z trupami, składania ich w zwykłych „karawan-serajach“, redukowanie wreszcie całych pak do mniejszéj objętości do wysokiego stopnia ułatwia działanie wyziewów i zaduchów, wytwarzających się przy gnilnym rozkładzie tkanek organicznych. Nie jeden téż z przykładów potwierdzających działanie wyziewów trupich spotkałem w czasie mojéj podróży po Persyi. Tak np. opowiadano mi w Khoremabadzie, że przed kilku laty wybuchła tam bardzo morderсza epidemija ospy, duru i dławca, rozwinęła się w następstwie przybycia i parodniowego wypoczynku w mieście całéj karawany z trupami pochodzącemi z Ispahanu i Szusteru. Od téj daty podług zapewnień samych mieszkańców choroby te stale się tam utrzymując zakorzeniły się niejako i to do tego nawet stopnia, że wybuchy ospy i dławca (?) powtarzają się tam corocznie, dziesiątkując nie tylko młodsze pokolenie ale i wpośród starszych szerząc się z wielką złośliwością. W takim samym stosunku i położeniu znajduje się jeszcze i kilka innych miast jak Dyzful, Hamadan, Sihna, przez które prowadzi najbardziéj uczęszczana droga trupich karawan. Tam też każde ich przejście zaznacza się ciekawą bardzo zmianą w stanie ogólnego stanu zdrowotnego, zaznaczającą się jużto wybuchem jednéj z rzadszych chorób zakaźnych lub téż wzmocnieniem się istniejącéj już epidemii i szybkiém powiększeniem się liczby przypadków fatalnych zejść. Nie przeszkadza to jednak i nie zmusza karawany do zmiany ich marszruty; nie powstrzymuje od zawijania do miast i nie zachęca do odbywania popasów i noclegów w pewnéj przynajmnéj oddali od mieszkań ludzkich, czy takowe znajdują się w mieście czy po wsiach. Bo jeżeli już sami mieszkańcy wiedzący z praktyki o grożącém im niebezpieczeństwie, nie okazują najmniejszego wstrętu ku transportom trupów, lecz owszem przyjmują je pod swe strzechy z pewną nawet gościnnością, to oczywiście sami przewożący nie będą stwarzać sobie trudności, jakieby były nieuniknionem następstwem w razie opuszczania lub tylko wymijania punktów zamieszkałych. Rzeczą zaś prawdziwie zdumiewającą jest ich ślepe przekonanie, że transport trupów nie jest połączony z żadną niedogodnością szkodliwą zdrowiu. A jednak jakżeż często na popasach i noclegach zdarzają się przypadki że taki niedomyślający się złego „czarwadar“ umiera prawie nagle niedoświadczając przedtém żadnych widocznych objawów chorobowych. Zgon przypisuje się zwykle przejściu anioła śmierci, owego perskiego „edżel“. W istocie zaś bywa on tylko następstwem zatrucia krwi jadem trupim, którego patologicznym objawom wybornie opiera się dotknięty, dzięki żelaznéj jego wytrwałości, silnéj budowie ustroju i przyzwyczajeniu się do znoszenia cięższych nieraz kłopotów aniżeli jakieś tam przejściowe dreszczyki. Stan zaś rąk i nóg „czarwadara“ tłumaczy nam łatwość, z jaką jad przedostaje

się do ustroju. Nigdy nie używając barwika „henneh“, posługując się ręką i nogą przy pakowaniu lub juczeniu swego towaru; w ciągu podróży tylko wyjątkowo używając sandałów, bardzo łatwo zrania ręce, obciera naskórek z nóg i niezwracając na podobny stan najmniejszéj uwagi, niczém się nie opatrując, daléj prowadzi swe rzemiosło, wystawiając obnażoną okolicę na ciągłą styczność z istotami gnilnego rozkładu trupów. Często mimowolne obmycie nogi w błotnéj kałuży, lub toż samo nalewaniem wody, powstrzymuje wessanie jadu, czy téż może tylko opaźnia jego działanie. Bo w każdym razie pierwéj czy późniéj taki „czarwadar“ traci życie jużto w sposób najmniéj oczekiwany lub téż ciągnie lat kilka nędzną swą egzystencyję i wreszcie przedstawiając obraz głębokiego charlactwa, kończy ją stanem owrzodnym płuc lub ropniczym zwyrodnieniem torebek maziowych w stawach kulszowym i kolanowym. Brakowało mi tak czasu jak i materyjału do zapewnienia się, czy w istocie dwa te ze wspomnianych stanów chorobowych można uważać za właściwe i cechujące rzemiosło przewożących trupy. Zapewniłem się tylko, że cierpienia te są bardzo częste i że przeważnie można je zauważyć u tutejszych „czarwadarów“. I zdaje się, że przyczyna ich nie może być inna, jak tylko pochłanianie zaduchów gnilnych, mogących wywołać w pęcherzykach płucnych właściwe złogi, a przez zatrucie całego ustroju, przenoszących także swe działanie i na główniejsze stawy. (C. d. n.).

Listy z Paryża.

II.

Profesorowie Uniwersytetu dzielą się na profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych, zwanych *Agregés*. Docentów, w tém znaczeniu jak u nas, nie ma tu wcale. Każdemu Drowi medycyny, który otrzymał dyplom w Uniwersytecie paryzkim, wolno wykładać przedmiot dowolnie sobie obrany. W obec tego liczba tego rodzaju wykładów jest dosyć znaczną; niektóre z tych wykładów odbywają się w domach prywatnych, a raczéj w laboratoryjach lub klinikach prywatnych. Zbyteczną rzeczą dodawać, że mniéj lub więcéj liczne uczęszczanie słuchaczy na tego rodzaju wykłady zależy wyłącznie od zdolności wykładającego, im bowiem gruntowniejszą znajomość przedmiotu posiada wykładający i im lepiéj potrafi przedmiot swój wyłożyć, tém szersze grono słuchaczy otacza wykładającego. Z prywatnych zakładów wspomnieć muszę o laboratoryjum histologiczném Dra Latteuxa i o klinice okulistycznéj Prof. Gałęzowskiego, w których niezwykły ruch panuje.

Profesorowie *agregés* mianowani są drogą konkursu, w razie gdy która z posad jest opróżnioną. Kandydaci składają pewien rodzaj egzaminów w obec komisyi złożonéj z Profesorów Wydziału lekarskiego. Jeżeli posada ma być nadaną w Paryżu, to do komisyi wchodzą tylko profesorowie Wydziału paryzkiego, jeżeli zaś rozchodzi się o nadanie posady w jakimkolwiekbądź innym Uniwersytecie francuskim, to komisyję stanowią profesorowie wydelegowani ze wszystkich Uniwersytetów francuskich. Z pewnéj liczby tematów podanych przez komisyję, kandydaci wyciągają losem temat do swéj rozprawy, na któréj napisanie mają niespełna 6 tygodni czasu. (Ze względu, że rozprawa w tych warunkach pisana nie może mieć zwykle donioślejszéj wartości naukowéj, podano obecnie projekt zastąpienia téjże ocenieniem dotychczasowéj pracy naukowéj kandydata). Następnie mają kandydaci pewien szereg wykładów publicznych. Dla przygotowania się do wykładu, mającego trwać 3 kwadranse, ma kandydat 3 godziny czasu, do wykładu zaś jednogodzinnego ma 24 godzin czasu. Jeżeli dodamy, że wykładom kandydata przysłuchują się jego rywale i że im służy prawo czynienia zarzutów, łatwo pojmiemy, że harce te naukowe bywają bardzo żywo prowadzone. Profesorowie *agregés* mianowani są na lat 12, po którymto czasie, jeśli nie zostali profesorami zwyczajnymi, przestają pełnić swe obowiązki (wykładania i egzaminowania), mogą jednak być ponownie wezwani do pracy czynnéj, gdy tego potrzeba wymaga. W razie opróżnienia profesury zwyczajnéj przedstawia grono profesorskie ministrowi dwóch kandydatów do wyboru.

Pracownie i kliniki uniwersyteckie rozrzucone są obecnie w różnych stronach miasta z powodu restaurowania i przebudowywania głównego gmachu uniwersyteckiego. W gmachu tym ukończono dopiero prosektoryjum anatomii opisowéj. Prosektoryjum obejmuje 8 pawilonów, pięknie urządzonych. W każdym z nich mieści się 20 stołów sekcyjnych. Uczniowie, podzieleni na grupy po 5 przy każdym stole, pracują w każdym pawilonie pod kierunkiem jednego prosektora i 2 pomocników, zwanych: *aides d'anatomie*. Od godziny 1széj do 2giéj odbywa się w każdym pawilonie codziennie w półroczu zimowém kurs anatomii, wykładany kolejno przez prosektora i pomocników. Co dwa tygodnie odbywają się egzamina, a uczeń, który przy końcu półrocza nie otrzyma dostatecznéj noty, nie może być przypuszczonym do egzaminu głównego z anatomii. Oczywiście, że oprócz wykładów prosektorów odbywają się codziennie wykłady prof. Faraboefa. W półroczu letniém wykładaną bywa w prosektoryjum nauka o operacyjach na trupie i to tak przez prof. Faraboefa jakotéż przez prosektorów. Nadmienić muszę, że powierzenie wykładów nauki o operacyjach profesorowi anatomii opisowéj nie jest bez wielkiéj korzyści tak dla uczniów jak i dla nauki saméj, prof. Faraboef bowiem nie tylko obznajamia ucznia jak najdokładniéj ze stosunkami anatomicznemi w zakresie pola operacyjnego, lecz także ma bardzo korzystną sposobność stwarzania nowych metod operacyjnych, które późniéj chirurdzy w praktyce zastosowują. Dzieło Faraboefa: *Médecine operatoire* jest jedném z klasycznych dzieł w tym kierunku.

W nowobudującym się gmachu mieści się także pracownia anatomii patologicznéj i bakteryjologii. Urządzenie tych dwóch pracowni, zostających pod kierunkiem prof. Cornila, nie jest jeszcze w zupełności ukończoném. Tu gromadzą codziennie okazy z ciekawszych sekcyj, dokonanych w różnych szpitalach, jako materyjał do wykładów, które mają asystenci przez 2 lub 3 godziny, w obec czego daną jest uczniom możność obejrzenia w ciągu roku jak najliczniejszego materyjału sekcyjnego.

Praca w obu tych laboratoryjach jest bardzo żywą, a główną jéj sprężyną jest prof. Cornil, który obok swych obowiązków profesorskich pełni służbę lekarza ordynującego w dwóch szpitalach. Obecnie zajmuje się prof. Cornil przeważnie studyjami karyjokinezy w komórkach szpiku kostnego wśród stanów patologicznych. Inne zakłady jak fizyjologiczny, patologii doświadczalnéj, farmakologii i t. p. mimo ich tymczasowego tylko umieszczenia imponują bogactwem przyrządów i ruchem, jaki w pracy bezustannie panuje.

Kliniki pomieszczone są również tymczasowo aż do ukończenia nowego gmachu w szpitalach, a mianowicie w Hôtel Dieu, Pitié, Charité i Necker. Urządzenie oddziałów klinicznych w tych szpitalach niewiele się różni od urządzeń

szpitalnych. W Hôtel-Dieu, jednym z najpiękniejszych szpitali paryskich, wykłada Sée patologiję wewnętrzną, a Richer chirurgiję. W tym szpitalu znajduje się biuro centralne, gdzie odbywają się codziennie popołudniu konsultacyje lekarzy, zwanych lekarzami biura centralnego i zkąd rozseła się chorych kwalifikujących się do przyjęcia do rozmaitych szpitali, po poprzedniém porozumieniu się za pomocą sieci telegraficznéj, łączącéj wszystkie szpitale ze sobą. Ze szpitali przeznaczonych dla chorób szczegółowych wymienić należy Salpêtrière (klinika Charcota chorób nerwowych), Asyle Sainte-Anne (klinika Balla chorób umysłowych), Saint-Louis (klinika Fourniera chorób skórnych i wenerycznych), klinika chorób dziecięcych Granchera i klinika chorób kobiecych Tarniera, któreto wszystkie szpitale odznaczają się nie tylko swym ogromem, ale błyszczą przedewszystkiém imieniem swych kierowników. *Dr. Prus.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Wystawę urządzono na części placu Ujazdowskiego, obejmującéj obszar 18 morgów, przestrzeń zanadto stosunkowo wielką do zakresu wystawy i nagromadzonych okazów, ale przyczyną tego było, że chciano spożytkować kilka budynków pozostałych po poprzednio na tymże placu odbytéj wystawie przemysłowéj. Na téj 18-morgowéj przestrzeni wzniesiono do 50 większych i mniejszych budowli, w których mieściły się przedmioty wystawione; powytykano, korzystając z tego, że dużo miejsca wolnego pozostało, kilka placów i ulic, którym ponadawano nazwy, jak plac Hygiei, plac Zdrowia, plac temperamentów, plac gastronomiczny i td. ulice Apolina, Eskulapa, Parki, Medycyny i td., co ułatwiało oryjentowanie się w tém, jak go nazwali dziennikarze Hygieopolu. Wszelkie place przyozdobione były figurami odpowiedniemi jak wyobrażającemi 4 temperamenta, Higieję i t. d., fontannami i bardzo ładnemi klombami kwiatów, tak, że całość nader się mile oku przedstawiała, a jeżeli się doda często licznie wystawę zwiedzające tłumy, muzykę, zabawy dziecinne, to oko i umysł zmęczone oglądaniem okazów i przysłuchiwaniem się wykładów, miały na czém spocząć i przez zmianę nowych sił zaczerpnąć.

Wystawa dzieliła się na 6 oddziałów: I Oddział biologiczny z dwoma sekcyjami A) chemiczno-fizyczną i B) pasorzytniczą; II Oddział inżynijeryi i budownictwa; III Oddział wychowawczy; IV Oddział szpitalny; V Oddział przemysłowy; VI Oddział statystyczny. Urządzeniem każdego z tych oddziałów zajmował się odrębny komitet, który atoli nie ograniczał się do uporządkowania nadesłanych okazów, ale w dwu kierunkach utorowaną zwyczajem innych wystaw drogę urządzenia ulepszył, a to wprowadzając wystawy komitetowe i wykłady dla szerszéj publiczności. Wystawy komitetowe były zasługą i dziełem członków każdego z pojedynczych oddziałów. Oni to zabiegami własnemi, trudem i pracą, a nieraz i nakładem postarali się o zebranie ciekawszych okazów do każdego działu, sporządzali tablice i obliczenia statystyczne, przedstawiali je graficznie i t. d., a to, aby zwiedzającym dać pogląd na całość lub część przedmiotu, aby ich o ważności rzeczy naocznie przekonać, pouczyć. Pierwszyto raz z czémś podobném na wystawach spotkać nam się przyszło i nie czytaliśmy też nigdzie o czémś podobném, dla tego za szczególną zasługę komitetowi urządzającemu wystawę warszawską policzyć to wypada. Nie mniéj gorliwymi byli członkowie komitetów urządzających pojedyncze oddziały w wykładach. Wprawdzie objaśniania w pewnych godzinach i próby wystawionych przedmiotów są rzeczą zwykłą na wszelkiego rodzaju wystawach, ale tam zazwyczaj czyni to przedsiębiorca i fabrykant we własnym interesie zachwalenia i zyskania większego pokupu dla swego wyrobu, tu zaś członkowie komitetu z gorliwością wielką po kilka godzin codziennie tłumaczyli, objaśniali, czynili doświadczenia z przedmiotami ściśle naukowemi, nie mając nic innego na oku, jak popularyzowanie nauki i przyjemność, że publiczność wykładów tych i demonstracyj chętnie i z uwagą, a zatém i nie bez pożytku słuchała.

Przejdźmy teraz do pobieżnego przeglądu wystawy, w którym trzymać się będziemy podziału przyjętego w katalogu, same bowiem przedmioty jednego działu były nieraz w różnych miejscach pomieszczone, jak to zwykle ma miejsce na wystawach, gdzie każdy z wystawców bez względu na to, do jakiego działu przedmiot przezeń wystawiony należy, chce mieć przedmioty przez siebie wystawione razem zebrane.

Oddział biologiczny, a mianowicie sekcyja jego fizyczno-chemiczna, przedstawiał się pokaźnie, a zwłaszcza wystawa komitetowa, którą każda wystawa pochlubićby się mogła. Wystawa ta obejmuje przedstawienie wyników badań powietrza, wody, gruntu, światła i środki ich ulepszenia, o ile one od nas zależą. Już przed głównym budynkiem uderzał każdego zwiedzającego należący do tego działu okazały kiosk meteorologiczny wzniesiony z drzewa, a obejmujący prócz zegaru narzędzia meteorologiczne, jak barometr, hygrometr aneroid, termometr zwykły, oraz maksymalny i minimalny. Kiosk ten wystawił Zarząd m. Warszawy, po ukończeniu bowiem wystawy ma on być umieszczonym w Ogrodzie saskim, tym sposobem Warszawa posiadając kiosk taki w miejscu publiczném pójdzie za wzorem innych miast zagranicznych, w których podobne kioski są rzeczą zwykłą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

* Otrzymujemy następujący list:

Szanowna Redakcyjo! W Nrze 28 z d. 9 lipca r. b. ogłasza Szanowna Redakcyja okólnik rzeszowskiego starostwa z d. 27 czerwca b. r. l. 12.054 dotyczący „obrony niemowląt“.

Nie zwracałaby ta okoliczność méj uwagi, gdyby nie przypisek Szanownéj Redakcyi, w którym uznano to rozporządzenie za „nader stosowne i bardzo na czasie będące“, wskazując starostwo rzeszowskie za przykład dla wszystkich starostw. Mogę Szanowną Redakcyję zapewnić, że w starostwach, w których znajdują się niemowlęta na wymamczeniu już od wielu a wielu lat bywa wykonywane to rozporządzenie i co roku w styczniu otrzymują starostwa specyjalne wykazy niemowląt znajdujących się w powiecie na wymamczeniu. Dziwię się więc nieposzpolicie, że starostwo rzeszowskie dopiero 27 czerwca 1887 przypomniało sobie o istniejących w powiecie niemowlętach. Sądzę, iż wszyscy lekarze powiatowi posiadają spis niemowląt na wymamczeniu i nie wiedząc nawet o rozporządzeniu starostwa rzeszowskiego poczytują sobie za obowiązek służbowy i moralny czuwać nad temi biednemi istotami. Sposobność nadarza się lekarzowi powiatowemu lub innemu do czynności urzędowéj delegowanemu lekarzowi dosyć często, czyto podczas objazdów peryjodycznych, czy epidemij, szczepienia ospy lub też czynności sądowolekarskich. Musiałem okoliczność tę podnieść w interesie służby zdrowia, ponieważ czytając to, — czy to szersza publiczność lub też koledzy za granicą,— mógłby ktoś sądzić, iż w naszym kraju pierwsze dopiero rozporządzenie o ochronie niemowląt wyszło z starostwa rzeszo-

wskiego i to dnia 27 czerwca 1887, przedtém zaś nikt się o te istoty nie troszczył. Zaiste smutnem byłobyto świadectwem dla naszéj instytucyi sanitarnéj.

Mogę Szanowną Redakcyję zapewnić, iż wyżéj powołane rozporządzenie starostwa rzeszowskiego od wielu lat bywa wykonywaném i w innych powiatach z wyjątkiem jednak ustępu 3go, który poleca wójtowi sądzenie o stanie zdrowia mamczonego dziecka. W innych powiatach albowiem czynność tę wykonywa lekarz powiatowy lub téż do urzędowéj czynności delegowany przy sposobności każdorazowéj bytności w gminie, oraz istnieje zarządzenie, aby wójtowie w razie podejrzenia (każde złe obchodzenie się z dzieckiem na wsi nie ukryje się!) przedstawiali mamkę i dziecko lekarzowi powiatowemu w miejscu siedziby lub téż najbliżéj mieszkającemu lekarzowi, a ten dopiero po sprawdzeniu ma donieść o tém dotyczącéj władzy.

W obec jednak panującéj dążności poruczania wójtom wykonywanie na razie nie jednéj czynności sanitarno policyjnéj, nie dziwię się wcale ustępowi 3mu rozporządzenia starostwa rzeszowskiego. [1]) *F.*

○ Jeszcze sprawa pasteurowskich szczepień ochronnych w paryskiéj Akademii lekarskiéj. Dnia 12 lipca r. b. toczyła się znów w Akademii lek. dyskusyja nad tylekrotnie już poruszaną sprawą ochronnych szczepień od wścieklizny. Rozpoczął ją Peter podnosząc zarzuty i poddając krytyce sprawozdanie komisyi angielskiéj. Na namiętne i osobiste przemówienie Petera odpowiadali Brouardel, Villemin i Charcot przypominający przychylny sąd zmarłego Vulpiana. Jeżeli się zbierze wszystkie za i przeciw Pasteurowskiéj teoryi przemawiające punkty, to niewątpliwą jest rzeczą, że w paryskiéj Akademii lekarskiéj odniósł Pasteur świetne zwycięztwo nad najzaciętszym swym przeciwnikiem Peterem.

* VI. Międzynarodowy Zjazd higieniczno-demograficzny. Wszędzie czynią do niego wielkie przygotowania. We Francyi i Cesarstwie niemieckiém Rządy powyznaczały komisyje z najwybitniejszych lekarzy krajowych złożone, których celem ma być staranie o godną reprezentacyję w Wiedniu. Równie w wystawie zamyśla Rząd niemiecki wziąć znaczny udział. Także w Anglii i innych państwach czynią się przygotowania na wielką skalę.

* **Cholera**. O cholerze w Sycylii i Kalabryi nie ma żadnych autentycznych wiadomości; czy to ma oznaczać wygaśnięcie zarazy, czy téż niedokładność sprawozdań władz miejscowych, spodziewać się należy, iż się wkrótce wyjaśni. Ze wszech stron donoszą o podjęciu najsurowszych zarządzeń przeciw zawleczeniu zarazy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33,4. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy i dławca 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 1 (3 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z gruźlicy 7 (7 z. t.); z zapalenia płuc 6 (3 z. t.); z nieżytu jelit 6 (4 z. t.). Doniesiono tymże czasie: o 1 przypadku odry, 3 płonicy, 2 krztuśca, 1 błonicy, 1 duru brzusznego (ze wsi), 3 duru osutkowego (2 ze wsi), 2 czerwonki. W tygodniu od 26 czerwca do 2 lipca umarło z ospy: we Lwowie 2; w Tarnopolu 1, w Wiedniu 1, w Pradze 2, w Budapeszcie i Rzymie po 4, w Tryjeście, Paryżu i Petersburgu po 7, w Warszawie 14. Z duru osutkowego umarło w Królewcu 2, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 15. Z odry umarło w Kołomyi 3, w Wiedniu 22, w Berlinie 13, w Mnichowie 30, w Rzymie 14, w Londynie 64, w Paryżu i Stokholmie po 29. Z płonicy umarło w Tarnowie i Czerniowcach po 1, w Kopenhadze 45, w Chrystyjanii 23. Z błonicy i dławca umarło w Brodach i Czerniowcach po 1, w Berlinie 17, we Wrocławiu 9, w Hamburgu 11, w Paryżu 24, w Londynie 20, w Chrystyjanii 11. Z krztuśca umarło w Drohobyczu 1, w Londynie 76, w Petersburgu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 czerwca do 2 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,5; we Lwowie 34,0; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 32,8; w Kołomyi 34,0; w Przemyślu 28,8; w Stanisławowie 45,2; w Tarnopolu 25,3; w Tarnowie 30,4; w Czerniowcach 23,0; w Wiedniu 29,9; w Salcburgu 34,9; w Gracu 25,3; w Tryjeście 25,1; w Insbruku 18,7; w Pradze 34,2; w Bernie 40,6; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 18,8; w Warszawie 26,6; w Poznaniu 25,6; w Berlinie 22,7; we Wrocławiu 37,0; w Gdańsku 21,4; w Dreźnie 17,4; w Hamburgu 20,7; w Kolonii 27,5; w Krolewcu 30,6; w Lipsku 13,8; w Mnichowie 34,4; w Strasburgu 25,0; w Amsterdamie 21,4; w Brukseli 19,3; w Budapeszcie 31,2; w Chrystyjanii 22,9; w Kopenhadze 22,8; w Londynie 16,6; w Odesie 33,3; w Paryżu 19,2; w Petersburgu 26,4; w Rzymie 21,0; w Stokholmie 26,6; w Wenecyi 16,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 lipca. *Wiener Ztg.* pisze: „C. k. Ministerstwo spraw wewn. poświęca stosunkom zdrowotnym pełną uwagę i zawezwało wszystkie podwładne władze, aby zarządziły co potrzeba, celem uczynienia wszędzie zadość wymaganiom zdrowotnym“. Z przyjemnością zapisujemy to doniesienie urzędowego organu, świadczy ono bowiem, że Ministerstwo nie przestaje zwracać bacznéj uwagi na stosunki sanitarne, na którąto drogę przed niedawnym czasem wkroczyło.

* Dowiadujemy się, że fabryka przyborów opatrunkowych założona przed kilku miesiącami przez mag. farmacyi p. Dobrowolskiego w Krakowie (Kurniki Nr. 7) coraz pomyślniéj się rozwija gdyż z każdym dniem mnoży się liczba zamówień tak z Krakowa jakotéż z prowincyi. Ponieważ przybory opatrunkowe wyrobu p. Dobrowolskiego na podstawie ścisłych badań zostały uznane przez Towarzystwo lekarskie, jako zupełnie odpowiednie a fabrykacyja ich odbywa się pod kontrolą Komisyi przemysłowéj, przeto spodziewać się należy, że skoro nadto są tańsze od zagranicznych, zdołają w krótkim czasie zastąpić wszelkie zagraniczne opatrunki. Do tego jednak potrzeba współudziału tak lekarzy, jakotéż aptekarzy, a o udział ten w imieniu dobréj sprawy upraszamy.

* W Szczawnicy bawiło do 21 lipca 1607 osób, w Krynicy do 21 lipca 1075, w Iwoniczu 421, w Cieplicach czeskich do 24 lipca 4969 osób.

* **Wiedeń**. Pan Minister oświaty Dr. Gautsch zatwierdził uchwałą tutejszego Wydziału lekarskiego w sprawie urządzenia w ciągu feryj kursów dla praktycznych lekarzy.

Na posadę Dyrektora Szpitala powszechnego przeniesiono dotychczasowego Dyrektora Szpitala Rudolfa prof. Dra Karola Böhma. Od założenia szpitala Rudolfa (1865) był w nim Böhm prymaryjuszem, a od r. 1868 dyrektorem i zyskał sobie imie na polu techniki przewietrzania.

* **Praga czeska**. Referent sanitarny przy czeskiém Namiestnictwie Dr. Smoler, zamierza wkrótce wnieść podanie o uwolnienie, gdyż już od dłuższego czasu dla choroby nie może pełnić swych czynności.

* **Berlin**. Prof. Gurlt obchodził dnia 19 lipca swój 25-letni jubileusz profesorski.

* **Würzburg**. D. 6 lipca obchodzono tu 70tą rocznicę urodzin Köllikera. Liczne deputacyje mianowicie reprezentanci Uniwersytetu, Rządu, miasta, towarzystw lekarskich itd., składały jubilatowi życzenia. Dawni uczniowie złożyli jubilatowi zbiór swych prac naukowych w ozdobnéj oprawie. Wydział zaś lekarski artystycznie wykonany adres, jak również przed niespełna 40 laty przez Köllikera założone Towarzystwo fizyczno-lekarskie, które nadto mianowało jubilata stałym prezesem honorowym. Także i fizyczno-lekarskie Towarzystwo w Erlandze, którego Kölliker jest członkiem korespondentem, składało mu życzenia

---

[1]) Liczni Szan. Koledzy domagali się, abyśmy ogłaszali rozporządzenia sanitarne władz. Czynimy zadosyć temu życzeniu, o ile rozporządzeń tych dostarczają nam Szan. Koledzy, piastujący posady rządowe. Podając rozporządzenie Starostwa rzeszowskiego, przyznajemy, żeśmy sądzili, że ono jest pierwszém tego rodzaju, bo nie nasza przecież wina, że dotąd z żadnego innego starostwa nie dowiedzieliśmy się o istnieniu podobnego rozporządzenia, tyle jednak wiedzieliśmy i wiemy, że stan niemowląt, oddawanych na wieś, jest opłakania godny, a wiemy o tém z dochodzeń sądowych przeciw kobietom niesumiennym. Jeżeli więc inne starostwa wyprzedziły w téj mierze Starostwo rzeszowskie, to tém lepiéj, a żywo pragniemy, aby skutki tych rozporządzeń były widoczniejsze aniżeli dotąd, a względnie, żeby energicznie były wykonywane.

przez prof. Fleischera. Długi szereg wybitnych anatomów krajowych i zagranicznych, wykształconych przez Köllikera, wyraziło niestrudzonemu badaczowi wyrazy wdzięczności.

* **Paryż**. W miejsce Vulpiana został Pasteur obrany stałym sekretarzem Akademii Umiejętności.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. Wydział lek. Uniw. niem. proponuje prof. Fleischera z Erlangi na dyrektora polikliniki lekarskiéj.

* **Odznaczenia**. Prof. Mikulicz w Królewcu został mianowany radcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego Prus wschodnich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Barącz: Przypadek trepanacyi wyrostka sutkowego kości skroniowéj powikłany otwarciem zatoki poprzecznéj. Wyleczenie; Herynga: O chirurgicznêm leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 30: Żuławskiego: Sprawozdanie z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1885; Biegańskiego: O opukiwaniu półksiężycowéj przestrzeni Traubego (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 7: Zawadzkiego: O zakaźnêm pochodzeniu i przeciwgnilnêm leczeniu suchót płucnych.

Redakcyja otrzymała:

Od Dra JAWORSKIEGO: Bemerkungen zu der Abhandlung des Herrn Dr. I. Boas: Ueber den heutigen Stand der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten von Dr. Jaworski. (Odbitka z *Deut. med. Wochenschrift*) in 8-vo str. 4.

Od WĘGIERSKIEGO MINISTERSTWA OŚWIECENIA i WYZNAŃ: Die nahmhafteren Kurorte und Heilquellen Ungarns und seiner Nebenländer im Auftrage Sr. Exc. des k. ung. Ministers f. Cultus u. Unterricht, beschrieben von Dr. Chyzer. Stuttgart, 1887, in 8vo, str. 231, z 30 fototypicznemi tablicami i kartą.

Piśmiennictwo lekarskie.

KEHRER F. A. Beiträge z. klin. u. experim. Geburtskunde u. Gynaekologie. 2. Bd. 3. Hft. M. 2 Taf. gr. 8. Giessen, Roth. M. 4.

KLEMENSIEWICZ R. Experim. Beiträge z. Kenntniss des normalen u. pathologischen Blutstromes. M. 1 Taf. 38 Holzschn. (S.-A.) Lex.-8vo. Wien, Gerold's S. M. 4.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski**.

KONKURS.

W miasteczku Krystynopolu, powiecie Sokalskim, jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z pensyją roczną 200 złr. i dochodami z oględzin bydła i mięsa. Posadę otrzymać może tylko Dr. Medycyny i t. d. Podania wnieść należy do Zwierzchności gminnéj w Krystynopolu.

Graff
Burmistrz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 6 Sierpnia 1887. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Przyczynek do prób życia noworodka.

Podał

Dr. Stanisław Szczepan Zaleski.

Asystent Instytutu farmakologicznego Uniwersytetu i Docent Instytutu weterynaryjnego w Dorpacie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Szczegóły co do każdego ze zbadanych przypadków pomieszczone są w następujących protokółach.

A. **Martwo narodzone dzieci.**

I.

Płód 8-miesięczny martwo na świat wydany. Oba płuca patologicznie niezmienione, w stanie zupełnéj atelektazy, ciemno-brunatnéj barwy, niepodatne. Brak wszelkich zjawisk gnicia. Pogrążone w wodę idą szybko na dno. Żadnych oznak marmoryzacyi. Powierzchnia przekroju sucha.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 20,2730 grm.
Strata po wysuszeniu 17,8521 „
zatém suchéj istoty 2,4209 „ czyli 11,94%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 20,2730 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00186 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000455
Zużyto „ : 4,10 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0092% Fe.
a w suchéj „ „ 0,0770% „

II.

8-miesięczny płód, obumarły na 2—3 dni przed porodem. Przyczyna śmierci: kiła. Oba płuca ciemno-czekoladowo-brunatne, w stanie zupełnéj atelektazy, bez wszelkich śladów marmoryzacyi. Pogrążone w wodę, idą opieszale na dno. Ślady punktów kostnienia w nasadach uda. W celu wykazania wpływu imbibicyi krwią i gnicia na zawartość żelaza trzymano oba płuca w ciągu dni 10ciu w niezmienianéj krwi odwłóknionéj. Barwa ich w skutek tego stała się więcéj ciemną, woń nie do zniesienia, a w tylnych częściach pojawiły się gdzieniegdzie rozsiane pęcherzyki gazowe pod opłucną. I wtedy szły oba płuca w wodzie na dno, jednakże bardzo powoli i w pierwszéj chwili utrzymywały się na powierzchni wody. Powierzchnia przekroju zupełnie sucha. Pęcherzyki pod opłucną znikają po nakluciach szpilką. Brak wszelki trzeszczenia.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 24,0213 grm.
Strata po wysuszeniu 20,8959 „
zatém suchéj istoty 3,1254 „ czyli 13,01%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 24,0213 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00272 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,800454
Zużyto „ : 6,00 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0113% Fe.
a w suchéj „ „ 0,0872% „

III.

Martwo urodzony płód 8-miesięczny. Sekcyja sądowo-lekarska. Płuca zgniłe, ciemno-brunatnéj barwy, obficie usiane większemi i mniejszemi pęcherzykami, zależnemi od gnicia, pływają. Marmoryzacyja nie do rozpoznania.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 25,5672 gr.
Strata po wysuszeniu 22,2662 „
zatém suchéj istoty 3,3010 „ czyli 12,91%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 25,5672 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,002317 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000515
Zużyto „ : 4,50 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0091% Fe.
a w suchéj „ „ 0,0705% „

IV.

W zupełności donoszone dziecię, obumarłe na kilka minut przed pęknięciem pęcherza i porodem. W parę godzin po porodzie próbowano t. zw. wahań Schultzego, bez wszelkiego jednakże skutku. Oba płuca ciemno-fioletowo-czerwonawéj barwy, atelektatyczne, robią wrażenie wątroby. Żadnych zgoła śladów marmoryzacyi. W dolnym placie prawego płuca kilka naczyń pod opłucną silnie nastrzykniętych ciemno-niebieską krwią. W wodzie oba płuca idą na dno. Przy nacięciach żadnego zgoła trzeszczenia. Z powierzchni przekroju z trudnością wycisnąć się daje skąpa ilość krwistego płynu, bez wszelkich zgoła pęcherzyków.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 68,4203 grm.
Strata po wysuszeniu 58,1388 „
zatém suchéj istoty 10,2815 „ czyli 15,03%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 68,4203 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,009942 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000454
Zużyto „ : 21,90 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0145% Fe.
a w suchéj „ „ 0,0965% „

B. **Żywo narodzone dzieci.**

V.

Dziecię z 8go miesiąca wewnątrzmacicznego życia, żyło przez 5 godzin. Oba płuca jasno-brunatnawe, na dotyk dość napięte i sprawiają wrażenie atelektazy. Żadnych objawów gnicia, żadnych zmian patologicznych. W środkowym placie prawego i w dolnym lewego płuca daje się wykryć kilka niewielkich ognisk marmoryzacyi. Oba płuca opadają w wodzie na dno. Powierzchnia przekroju sucha. Brak punktów kostnienia w nasadach udowych.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 26,0188 grm.
Strata po wysuszeniu 22,6312 „
zatém suchéj istoty 3,3876 „ czyli 13,02%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 26,0188 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00373 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000455
Zużyto „ : 8,20 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0143% Fe.
a w suchéj „ „ 0,1098% „

VI.

Zupełnie donoszone dziecię. Żyło dni 4. Przyczyną śmierci: ostry obrzęk mózgu (*Hydrocephalus acutus*). Oba płuca ciemno-różowo-czerwone, wyraźnie marmurkowane, utrzymują się na powierzchni wody, trzeszczą słabo przy nacięciu. Na powierzchni rozkroju niewielka ilość krwistego, pieniącego się płynu.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 59,4460 grm.
Strata po wysuszeniu 49,4355 „
zatém suchéj istoty 10,0105 „ czyli 16,84%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 59,4460 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,01191 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000459
Zużyto „ : 25,96cm.sz.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0204% Fe.
a w suchéj „ „ 0,1212% „

VII.

Zupełnie donoszone dziecko; zmarło w 5 dniu po porodzie. Sekcyja w 8 godzin po śmierci. Anatomiczne rozpoznanie: *Peri- et Endoarteriitis circumscr. art. umbilic. dextr*, *Pneumonia lobaris sinistra*, *Pleuritis septica sin.* Zdrowe płuco różowo-niebieskawéj barwy, marmurkowane, pływa swobodnie. Chore, zwątrobiałe płuco ciemno-brunatno-czerwonawéj barwy, opada w wodzie na dno. Oba płuca zupełnie świeże. W nerkach zawał moczanów (*harnsaurer Infarct*). Punkt kostnienia nasady udowéj 5mm. w średnicy. Chemicznemu rozbiorowi poddano oddzielnie zdrowe a oddzielnie chore płuco.

α) **Zdrowe płuco.**

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 29,7270 grm.
Strata po wysuszeniu 24,5000 „
zatém suchéj istoty 5,2270 „ czyli 17,58%

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 29,7270 grm. Fe.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,006392 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000455 „
Zużyto „ : 14,05 sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuca 0,0215% Fe.
a w suchéj „ „ 0,1223% „

β) **Zwątrobiałe płuco.**

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 29,7128 grm.
Strata po wysuszeniu 24,9425 „
zatém suchéj istoty 4,7703 „ czyli 16,05%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 29,7128 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,00517 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000455 „
Zużyto „ : 12,55sz.cm.
zatém w świeżéj istocie płuca 0,0192% Fe.
a w suchéj „ „ 0,1197% „

VIII.

Płuca zupełnie zdrowego, dorosłego mężczyzny, przez postrzał głowy zamordowanego i prawie nagle zmarłego.

A. Oznaczenie suchéj istoty.

Odważono 5,7448 grm.
Strata po wysuszeniu 4,5488 „
zatem suchéj istoty 1,1960 „ czyli 20,82%.

B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 53,6315 grm.
Wolumetrycznie otrzymano: 0,017858 grm. Fe.
Titr kameleonu: 0,000455 „
Zużyto „ : 39,25cm.sz.
zatém w świeżéj istocie płuc 0,0333% „
a w suchéj „ „ 0,1599% „

Średnie ilości.

A. Dla martwych noworodków.

Suchéj istoty w płucach 13,22%
Czystego żelaza w świeżéj istocie płuc 0,0110%
„ „ w suchéj „ „ 0,0828%.

B. Dla żywych noworodków.

Suchéj istoty w płucach 15,87%
Czystego żelaza w świeżéj istocie płuc 0,0188%
„ „ w suchéj „ „ 0,1184%.

C. Dla wszystkich żywonarodzonych.

Suchéj istoty w płucach 16,86%
Czystego żelaza w świeżéj istocie płuc 0,0217%
„ „ w suchéj „ „ 0,1266%.

Dla większego uwidocznienia zestawiono powyżéj przytoczone rezultaty i średnie ilości zarówno dla wewnątrz- jak zewnątrzmacicznego życia, z włączeniem przypadku zupełnie zdrowego, dorosłego człowieka, w następującéj tablicy:

100 części istoty płuc zawiera	Wewnątrzmaciczne życie. I.	II.	III.	IV.		Zewnątrzmaciczne życie. V.	VI.	VII.			VIII.		
	8-miesięczne martwo narodzone dziecię. Świeże, patologicznie niezmienione płuca.	8-miesięczne na 2 dni przed porodem obumarłe dziecię. Sztuczna imbibicyja płuc krwią przez dni 10. Poczynające się gnicie.	8-miesięczne martwo narodzone dziecię. Sądowa sekcyja. Znacznie posunięte gnicie.	Donoszone dziecko zmarłe w chwili porodu. Zdrowe płuca. Wahania Schultzego.	Średnie ilości	Przedwczesny poród z 8go miesiąca. 5 godzin życia. Zdrowe, świeże płuca.	Donoszone dziecko, żyło dni 4. Zdrowe, świeże płuca. Śmierć w skutek *Hydrocephalus acutus.*	Donoszone dziecko, żyło dni 5. Śmierć w skutek *Peri-Endo-arteriitis art. umb. dextr., Pneumonia lobaris sin., Pleuritis septica sin.* Świeży trup. a. Zdrowe płuca.	b. Chore płuca.	Średnio.	Zupełnie zdrowy, nagle zamordowany dorosły mężczyzna. Świeże, zdrowe płuca.	Średnie ilości dla dziecięcych płuc.	Średnie ilości dla wszystkich płuc.
1. Suchéj istoty	11,94	13,01	12,91	15,03	13,22	13,02	16,81	17,58	16,05	16,81	20,82	15,87	16,86
2. Żelaza: *a)* dla świeżéj istoty płuc	0,0092	0,0113	0,0091	0,0145	0,0110	0,0143	0,0204	0,0215	0,0192	0,0203	0,0333	0,0188	0,0217
„ *b)* dla suchéj istoty płuc	0,0770	0,0872	0,0705	0,0965	0,0828	0,1098	0,1212	0,1223	0,1197	0,1210	0,1599	0,1182	0,1266
Wyniki próby płuc na pływanie	ujemne	ujemne	dodatnie	ujemne	—	ujemne	dodatnie	dodatnie	ujemne	—	dodatnie	—	—
Marmoryzacyja	brak	brak	nieoznaczalna	brak	—	b. nieznaczna	istnieje	istnieje	wątpliwa	—	—	—	—

Z tablicy powyższéj wynika:

1. Że zarówno odsetna ilość suchéj istoty, jak i odsetna ilość żelaza o wiele niższą jest w płucach dzieci, które nie oddychały, aniżeli w płucach dzieci, które oddychały;

2. że różnice te szczególniéj są wybitnemi przy porównaniu odsetnéj ilości żelaza przypadającéj na suchą istotę płuc każdego pojedynczego przypadku;

3. że porównanie średnich ilości dla wewnątrz i zewnątrzmacicznego życia czyni te różnice szczególnéj widocznemi;

4. że z wiekiem płodu, względnie dziecka, zwiększa się także stopniowo i przyrost żelaza w płucach, co daje się także zauważyć i dla suchéj istoty;

5. że ilość żelaza w płucach dorosłego, zupełnie zdrowéj osoby, porównane z odpowiedniemi ilościami całkowicie donoszonego, żywego noworodka, wykazują stosunkowo niezbyt rażące różnice;

6. że chorobliwy stan płuc (*Pneumonia lobaris*) zdaje się stosunkowo niewiele wpływać na ilość żelaza w tym organie noworodków, więcéj jednakże na ilość suchéj istoty;

7. że warunki do nasiąkania tkanki płucnéj krwią zdają się wcale nie wpływać na ilość żelaza w tym organie;

8. że „próba płuc na żelazo“ [1]) nie stoi bynajmniéj w sprzeczności z wynikami innych prób płucnych (hydrostatyczna, marmoryzacyja):

9. że ilość żelaza w płucach zależy bezwarunkowo od oddychania tychże i zdaje się wzrastać w stosunku prostym do czynności organu. (Dok. nast.)

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisal Prof. Dr. N. Cybulski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Na zakończenie zmuszony jestem powiedzieć jeszcze parę słów o tak zwanym poddawaniu myślą (*suggestion mentale*), które dzisiaj może najbardziéj zajmuje umysły rozmaitych hypnotyzerów i publiczności. Ma ono dowodzić, że myśli, powstające w głowie magnetyzera, mogą bezpośrednio, to jest nie objawiając się w żaden znany nam sposób na zewnątrz, oddziaływać na mózg hypnotyka, i w skutek tego budzić u niego naraz te same myśli, które wirują w mózgu hypnotyzera, i że hypnotyzer może w myśli nakazywać hypnotykowi wykonanie pewnych czynności. Odległość przy tych doświadczeniach nie ma odgrywać żadnéj roli, tak że wpływ ten może jednakowo się odbywać, tak w obecności hypnotyka, jak na odległość kilku, kilkudziesięciu lub kilkuset i więcéj kilometrów. Pomijając wszystkie hypotezy, na podstawie których rozmaici autorowie starają się te zjawiska wytłumaczyć, nie możemy w nich widzieć nic innego, jak na nowo się budzącą kwestyję jasnowidzenia, tylko w nowéj postaci, ubraną do pewnego stopnia w szatę nowoczesnych poglądów naukowych. I rzeczywiście w opisach tych zjawisk napotykamy fakty, których w żaden sposób nie można wytłumaczyć na podstawie poddawania myślą i w ogóle na podstawie proponowanych teoryj. Tak np. u Ochorowicza w jego dziele pod tytułem *De la suggestion mentale* na str. 153 i 154 (a także w innych miejscach), znajdujemy ustęp następującéj treści. P. Ochorowicz prosi pewną somnambulistkę, aby opowiedziała, w jaki sposób on spędził przeszły wieczór i noc. Somnambulistka odpowiada mu: „Pan pisałeś cały wieczór: nie byłyto jednak listy, ponieważ widziałam duże arkusze papieru; pan nie czytałeś żadnéj książki lecz przez cały czas pisałeś; potém o godzinie 11 poszedłeś

[1]) Po niemiecku mam ją zamiar nazwać wprost jedném słowem: *Eisenlungenprobe.*

na spoczynek, lecz nie mogłeś spać; jeszcze raz wstałeś, przechadzałeś się po pokoju, paliłeś papierosy.... nakonice o godzinie pierwszéj zasnąłeś pan i wstałeś o godzinie 7éj rano. Nie prawdaż? P. Ochorowicz znalazł, że wszystko było opowiedziane bardzo dokładnie, z tym tylko wyjątkiem, że poszedł spać nie o 11éj lecz o 3 kwadranse na 11 i w końcu dodaje, że panna S. nie miała najmniejszéj wiadomości ani o jego mieszkaniu, ani o jego nawyknieniach i że mieszkał w odległości 1 klm. Hypnotyczka więc nie podała żadnéj myśli autora, lecz okazała się wprost jasnowidzącą, w tém samém znaczeniu, w jakiém rozumiano jasnowidzenie przed 30—40 laty i więcéj. Na podobne fakty w pierwszéj połowie bieżącego stulecia wciąż zwracali uwagę rozmaici magnetyzerowie, lecz ilekroć fakty te miano przedstawić w obec przedstawicieli nauki oficyjalnéj, jak ich nazywa Ochorowicz, tyle razy doświadczenia te się nie udawały; faktów podobnych nie można było stwierdzić i wychodziło na jaw, że albo sami magnetyzerowie byli ofiarą łatwowierności własnéj, albo mieli zamiary oszukać innych. Najprawdopodobniéj i w nowszych doświadczeniach téj kategoryi rzecz się ma tak samo, przynajmniéj do dziś dnia nie znajdujemy faktów takich, któreby nie budziły wątpliwości pod względem dokładności obserwacyj. W ogóle można powiedzieć, że w miarę zastosowania ściślejszych metod badania objawów hypnotycznych ilość faktów, któreby można było zaliczyć do kategoryi zjawisk, wywoływanych przez poddawanie myślą, z każdym dniem się zmniejsza. Przytoczone wyżéj spostrzeżenia Bergsona i innych nie wątpliwie dawniéj zaliczanoby do zjawisk téj kategoryi; dziś również nie wątpliwie wiemy, że hypnotycy, dzięki nadczułości swoich zmysłów, pochwytują takie zjawiska, których w stanie prawidłowym pochwycić nie jesteśmy zdolni; daléj wiemy, że pewne czynności hypnotyków, tak w stanie hypnotycznym, jak i w stanie czuwania można nawiązywać do innych zjawisk i w skutek tego możemy zrozumieć takie fakty, jak usypianie przez telefon lub z odległości, jeżeli hypnotyk wie lub przypuszcza, a nawet nieświadomo odczuwa, że hypnotyzer będzie go usypiał o pewnéj godzinie. Przy wszystkich tych zjawiskach poddawanie i samopoddawanie odgrywa bardzo ważną rolę i o bezpośrednim wpływie myśli mowy być nie może. Również musimy wyłączyć wszystkie zjawiska, wywołane przez rzekome poddawanie myślą w obecności hypnotyka, ponieważ tu hypnotyk przy odgadywaniu zamyślonego wyrazu, przy wykonywaniu nakazanéj w myśli czynności może się posługiwać pewnemi ruchami lub innemi objawami, towarzyszącemi każdéj myśli hypnotyzera, których ostatni może nie odczuwać lub na które nie zwraca uwagi. Po wyłączeniu tych wszystkich faktów, pozostaje stosunkowo tylko bardzo nieznaczna ilość takich, których na razie w ten sposób wytłumaczyć nie można; lecz wszystkie te fakta, które, jeszcze raz zaznaczam, są bardzo nieliczne, spostrzegano wśród takich warunków i tak niedokładnie, że stanowczo nie podobna im przyznać najmniejszéj naukowéj wartości i co najwięcéj mogłyby one posłużyć (oczywiście przed ogłaszaniem) za punkt wyjścia dalszych więcéj dokładnych obserwacyj. Trzeba jednak przyznać, że w ostatnich czasach praktykowany w literaturze hypnotycznéj sposób ogłaszania nie dokładnie zbadanych faktów uprawnili do pewnego stopnia sami przedstawiciele nauki „oficyjalnéj“ i w pierwszym rzędzie Richet [61]) i Beaunis. Pierwszy, chcąc udowodnić bezpośrednie przenoszenie się myśli z mózgu jednéj osoby do mózgu drugiéj, zastósował przy badaniach téj kategoryi metodę statystyczną. Doświadczenia polegały na tém, że badana osoba odgadywała karty, litery lub wyrazy, lub pewne czynności, raz, gdy badacz sam o tém myślał, drugi raz, gdy o tém, co miano wykonać, nie wiedział. Ilość trafionych przypadków pierwszéj kategoryi okazała się znaczniejszą podług Richeta aniżeli na podstawie teoryi prawdopodobieństwa wypadało. Tu jednakże zauważyć należy, że przy tych doświadczeniach nie uwzględniono jednéj okoliczności, a mianowicie, że teoryja prawdopodobieństwa może być zastósowaną tylko wtedy, gdy ilość przypadków jest bardzo znaczną, i że zastósowanie jéj nie ma żadnego znaczenia dla małéj ograniczonéj liczby, przy tém jeszcze niejednakich przypadków. Preyer [62]) zwrócił uwagę na tę stronę doświadczeń Richeta i wykazał, że one bynajmniéj nie mogą służyć za dowód bezpośredniego wpływu myśli. Nie przeszkodziło to jednak zwolennikom poddawania myślą wykonywać daléj podobnych doświadczeń i w jeszcze mniejszéj ilości przypadków obserwowanych widzieć dowód tego wpływu, jak to np. znajdujemy u Ochorowicza (l. c.). Beaunis, po ogłoszeniu swoich spostrzeżeń, w których wyraźnie zaznacza, że podobnych zjawisk nie obserwował, ogłosił następujący fakt, obserwowany razem z Drem Liébeaultem, na pewnym młodym hypnotyku. Hypnotykowi we śnie poddał L., że po obudzeniu się ma wykonać czynność, która mu będzie nakazana w myśli przez obecnych. Wtedy Beaunis napisał na kartce papieru ołówkiem następujące słowa: „pocałować kuzynkę“. Słowa te pokazał obecnym osobom z prośbą, aby je przeczytały w myśli bez wymawiania słów; potém powtórzono poddanie i obudzono hypnotyka. W kilka chwil po obudzeniu hypnotyk się uśmiechnął i zakrył twarz rękami; to powtarzał kilka razy. Na zapytania z początku nie odpowiadał, potém na prośbę Beaunisa, aby mu na ucho powiedział, o czém myśli, odpowiedział: „o pocałowaniu kuzynki“ i zaraz wykonał poddanie.

Fakt ten, jakkolwiek ciekawy, nie może jednak służyć za dowód, że poddanie odbyło się tylko za pomocą myśli. Nasamprzód hypnotyk był dobrze wyćwiczony i prawdopodobnie nie pierwszy raz podobne doświadczenie wykonywał, powtóre zadanie było napisane w obecności hypnotyka i powtarzane, wprawdzie w myśli, przez inne osoby; hypnotyk więc z jednéj strony mógł przeczytać to, co było napisane albo wprost albo z ruchów ołówka, którato zdolność posiadają niektórzy nawet bez hypnotyzowania, z drugiéj zaś mógł słyszeć jak czytały inne osoby, wiadomo bowiem, że niektóre osoby nie umieją w myśli czytać i zawsze chociaż po cichu wymawiają wyrazy; jedném słowém mamy cały szereg zjawisk, które mogły wskazać czego od hypnotyka żądano. W każdym razie przyznajemy, że zjawisko to jest bardzo ciekawe. Otóż zdawałoby się każdemu, że teraz dopiero Beaunis rozpocznie badanie, będzie modyfikował warunki i ostatecznie wyjaśni mechanizm zjawiska; stało się jednak inaczéj, Beaunis zadowolił się tylko ogłoszeniem faktu, bez najmniejszych komentarzy. W skutek tego sam fakt w téj postaci podany nie przedstawia żadnéj wartości i nic nie wyjaśnia. Lecz właśnie ten fakt Beaunisa i wyżéj wspomniane doświadczenia Richeta posłużyły do pewnego stopnia za punkt oparcia dla innych mniéj ścisłych badaczów, którzy opisując najnieprawdopodobniejsze fakty, odwołują się teraz do naukowéj powagi tych dwóch badaczy.

Pomijając więc kwestyję, że nie znajdujemy w znanych nam faktach fizyjologicznych najmniejszéj podstawy nawet do przypuszczenia podobnego wpływu, do przypuszczenia, że myśl pomimo dróg zwyczajnych, t. j. nerwów i narządów

obwodowych, może się objawiać na zewnątrz w postaci jakiegoś ruchu w jakiémś środowisku wprost z mózgu przez czaszkę, skórę itd. nie znajdujemy także w zjawiskach hypnotycznych faktów dokładnie zbadanych, któreby za tém przemawiały. Oczywiście więc, że nie ma najmniejszéj podstawy do tworzenia nowych teoryj i hypotez, chociażby teoryi „zwrotnéj zamienności“, którą podaje Ochorowicz, a przedewszystkiém musimy ściśléj, dokładniéj badać i spostrzegać same fakty. Na podstawie zaś tych faktów, które do dziś dnia są znane, można tylko jedno zrobić przypuszczenie, że nadczułość zmysłów u niektórych hypnotyków, przeważnie u histeryczek, może dochodzić do takiéj wysokości, o jakiéj w obecnéj chwili nie mamy wyobrażenia i że w skutek téj nadczułości hypnotycy pochwytują takie cechy zjawisk, których prawidłowe zmysły nie odczuwają.

Już po złożeniu niniejszéj pracy w redakcyi *Przeglądu Lekarskiego* otrzymałem 12 zeszyt *Revue de l'hypnotisme*, w którym znalazłem kilka szczegółów, stwierdzających niektóre z przytoczonych wyżéj poglądów na zjawiska hypnotyczne. Tak Dr. Delboeuf, powtarzając doświadczenia Dra Grosseta (*Rev. de l'hypnot.* Nr. 10) nad działaniem na hypnotyków magnesów w ogóle i hypnoskopu w szczególności, na podstawie ścisłych doświadczeń przyszedł do wniosku, również jak i Dr. Grosset, że „hypnoskop zasługuje na swoją nazwę, lecz dla doświadczeń jest rzeczą obojętną czy on jest magnesem rzeczywistym, czy też fałszywym“ (str. 372)), t. j. że działa także wtedy, gdy zupełnie nie jest magnesem. W ogóle zaś autorowi nie udało się stwierdzić najmniejszych zmian pod wpływem magnesów. Na stronnicy 376 znajdujemy referat z pracy Dra Voisina (*Action des médicaments à distance chez des hystero-epileptiques. Annales médico-psychologiques.* Stycz. 1887). Wnosząc z referatu praca była wykonana bardzo ściśle z zachowaniem wszelkiéj ostrożności, niezbędnéj przy tego rodzaju doświadczeniach. Wyniki téj pracy są następujące: 1) Działanie lekarstw z odległości trzeba zaliczyć wyłącznie do spraw poddawania; 2) Magnes, przyłożony do chorego, gdy ten się nie domyśla, nie wywiera żadnego wpływu i odwrotnie, ustawiony podczas czuwania przed oczyma chorego, posiada zdolność przyciągania, a więc i to zjawisko zależy prawdopodobnie tylko od poddawania; 3) Przykładając metale: złoto, srebro, rtęć na skórę w rozmaitych okolicach, autor nie otrzymywał żadnych zjawisk, jeżeli chory nie wiedział, jaki metal był zastosowany i odwrotnie bardzo łatwo otrzymywał pewne zmiany w skutek poddawania; 4) Pomimo że chory był bardzo czuły na poddawanie bezpośrednie, poddawanie myślą nie miało żadnego skutku. Nakoniec znajdujemy jeszcze następujący wyjątek z listu Charcota do Dra Melotti (stronnica 380): „Hypnotyzowanie nie jest tak nieszkodliwe, jak to starano się udowodnić; stan hypnotyczny jest o tyle zbliżony do histeryi, że w pewnych warunkach może również stać się zaraźliwym, jak i ta ostatnia. Jeżeli medycyna w imie nauki i sztuki zajęła się hypnotyzmem, to powinna utrzymać go ściśle w granicach swojéj dziedziny, posługując się nim jako środkiem terapeutycznym i nie oddając go wcale w ręce profanów, mogących dopuszczać się rozmaitych nadużyć ze szkodą dla zdrowia publicznego.“

Literatura. 1) Greatrakes (podług Bäumlera: Der sogenannte animalische Magnetismus, oder Hypnotismus, 1881, Leipzig). 2) De medicina magnetica libri III. Auct. Guil. Maxvello, Francfurti 1679. 3) Rapport des Commissaires chargés par le roi de l'examen de magnetisme animal, 1784. 4) Mémoire sur la découverte des phénomènes, que presentent la catalepsie et le somnambulisme, Lyon. 5) De la cause du sommeil lucide, 1819. 6) Mabru. Les magnétiseurs jugés par eux-mêmes, Paris, 1858, str. 198. 7) Braid. Neuropnologie. Traduit de l'anglais par Jules Simon avec préface de Brown Sequard, Paris, 1883. 8) The Philosophy of electrical psychology, New-York, 1850. 9) Comm. à l'Academie des Sciences, 1859. 10) Gazette des Hôpiteaux 1859. 11) Dr. Liébeault. Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique, Paris, 1866. 12) Czermak. Beobachtungen und Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren. (Arch. f. Physiologie VII, str. 107, 1875). 13) Preyer. Die Kataplexie und der thierische Hypnotismus, Jena, 1878. 14) Heidenhein. Der sogenannte thierische Magnetismus, Lipsk, 1880. 15) Die Entdeckung des Hypnotismus, Berlin, 1881. 16) Ueber die neueren Erfahrungen auf d. Gebiete d. sogenan. thierisch. Magnetismus. Centrallblatt f. Nervenkrankheiten u. Psychiatrie, 1880. 17) Hypnotische Zustände u. ihre Genese. Breslauer ärztliche Zeitschrift, 1880, 10, 11, 12, i 1881, 7. 18) Weinhold. Hypnotische Versuche, Chemnitz, 1880. 19) Kühlmann. Die Experim. mit dem sog. thier. Magn., Gartenlaube, 1880. 20) Opitz. Chemnitzer Zeitung, 1879. 21) Der sogenannte animalische Magnetismus oder Hypnotismus, Leipzig, 1881. 22) L'experimentation en psychologie par le somnambulisme provoqué. Beaunis, Revue Philosophique XX. Le somnambulisme provoqué, Paris, 1886, str. 29. 23) Bernheim. De la suggestion, Paris, 1886, str. 13. 24) Janet. Les phases intermédiaires de l'hypnotisme. Revue scientifique 1886, 19. 25) P. Magnin. Les états mixtes dans l'hypnotisme. Rev. scientif. 1886, 24. 26) l. c. str. 7. 27) Mental Physiology, str. 445, wyd. IV (podł. Beaunisa). 28) Liébeault. l. c. str. 282. 29) Bourneville et Regnard. Du sommeil, du somnambulisme, du magnétisme. 30) Binet i Féré. Revue Philosophique 1885. 31) De l'influence de l'éducation et de l'imitation dans le somnambulisme provoqué. Rev. Philosophique 1886, 8. 32) Ochorowicz. De la suggestion mentale, str. 228. 33) Bernheim l. c. 34) Dumontpallier. (Bull. de la Soc. de Biol. 1885). 35) Buro et Bourru. (Bull. de la Soc. de Biol. 1885). 36) Mabille. Progr. médic. 1885. 37) P-ni Manasseina. Kliniczeskaja Gazeta 1882. 38) Istamanow. O wlijanii razdrażenija czuwstwitielnych nierwow, Petersburg, 1885. 39) Tarchanoff. Pflüg. Arch. 1884, str. 109. 40) Tarchanoff. Hypnotizm etc. Petersburg, str. 11. 41) Sauvaire. Hyperesthésie des sens dans l'état hypnotique. Rev. phil. 1887, 3. 42) De la simulation inconsciente dans l'état d'hypnotisme 11, 1886. 43) Demarquay et Giraud-Teulon. Recherches sur l'hypnotisme, Paris, 1860. 44) Delboeuf. De la pretendu veille somnambulique. Rev. Philosoph. 1887, 2, 3. 45) Bernhein. l. c. str. 39. 46) Rev. Philosoph. 1883. 47) Delboeuf. Rev. Philosoph. 1887, str. 277. 48) Mesnet. Rev. de l'hypnotisme, 1887, Nr. 10, kw. str. 310. 49) Tarchanoff. Psichiczeskija jawlenija i tielesnyja processy str. 205. 50) Ch. Richet. De quelques phénomènes des suggestion dans hypnotisme. Rev. Philosoph. 1886, 3. 51) Manouvrier. Rev. Philosoph. 1886, 8. 52) Ebers patrz Tarchanoff l. 40. 53) Bounasies. Rev. Philosoph. 1886, 6. 54) Setschenów. Galvanische Erscheinungen an der cerebrospinalen Axe des Frosches, Arch. f. d. ges. Phys. XXV, 281. 55) Bubnoff u. Heidenhein. Arch. f. d. ges. Physiol. XXVI, 137. 56) Chambard. Etude symptomatologique sur le somnambulisme. Lyon, 1883. 57) Strümpel. Beobachtungen über ausgebreitete Anästhesien u. s. w. Deutsch. Archiv. f. klin. med. 12—321. 58) Helmholtz. Physiol. Optic. s. 601. 59) Ueber Beziehungen zwischen Hypnotismus, Wiesbaden, 1885. 60) De l'imagination 1869. 61) Revue Philosoph. 1884, Nr. 12. 62) Die Erklärung des Gedankenlesens. Preyer, Leipzig, 1886.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

I. Prior: Rheumatismus nodosus.

P. zestawiwszy pokrótce literaturę téj rzadkiéj stosunkowo lokalizacyi gośćca stawowego, niewiele więcéj bowiem jak 40 przypadków jest dokładniéj opisanych i to przeważnie przez niemieckich autorów, podaje w niżéj wymienioném czasopiśmie dwa przypadki przez siebie na klinice w Bonn

obserwowane. Jak wiadomo, zaliczają do zwykłych powikłań téj choroby, o ile je powikłaniami nazwać można, sprawy zapalne w błonach surowiczych, jak osierdzia, opłucny, niekiedy występuje zapalenie opon mózgowych. Że i błony śluzowe nie są wolne dowodem tego, towarzyszące gośćcowi nieżyty oskrzelowe i obserwowane przypadki zapaleń pęcherza moczowego. O wiele rzadziéj bywają zajęte przyczepienia się ścięgien, ich pochewki i błony ścięgniste. W zwykłych podręcznikach niewiele o téj właściwéj lokalizacyi czytać można.

Z historyi chorób wyjmujemy tylko to, co się do tego powikłania odnosi: W pierwszym przypadku, w którym był nawrot choroby, znalazł P. na tylnéj powierzchni okolicy ścięgna Achillesa, jakotéż na jego wewnętrznym i zewnętrznym brzegu liczne małe guzki, wielkości pestki czereśni, jedne z nich większe, inne mniejsze, przy ruchach ścięgna się poruszające, przy ucisku bolesne. Skóra nad niémi przesuwalna, zupełnie normalna. Na prawéj odnodze jest ich bardzo dużo, na lewéj siedm. Badanie ścięgna czterogłowego wykazuje również wiele takich guzków, uwidoczniających się jako małe okrągłe wyniosłości, wypuklające skórę. Kolano samo zupełnie wolne. Podobne guzki znaleziono w miejscu przyczepienia się mięśnia trzygłowego do *olecranon* na ramieniu lewém, po prawéj stronie tylko jeden guz na tylnéj powierzchni. Ścięgna reszty mięśni nic anormalnego nie przedstawiają. Ponieważ były jeszcze inne objawy towarzyszące ostremu gośćcowi stawowemu rozpoznano *rheumatismus nodosus* i zastosowano salicylan sodowy. Po zażyciu 29 gr. bolesność w stawach ustąpiła, guzki coraz bardziéj się zmniejszały, a w blizko 4 tygodnie chory opuścił zakład zupełnie zdrów.

W drugim przypadku był rownież najzwyklejszy ostry gościec stawowy, bolesność stawów tylko nieco mniejsza niż w pierwszym przypadku, a guzki dość liczne usadowione po wewnętrznéj stronie przedramienia, nad niémi skóra niebolesna, niezaczerwieniona, przesuwalna, poruszające się przy ruchach ścięgien.

Z obserwacyi tych dwóch własnych przypadków i innych przychodzi P. do wniosku, że *rheumatismus nodosus* jest oryginalném, właściwém, stosunkowo rzadkiém umiejscowieniem się gośćca wielostawowego. Najwięcéj skłonnym do téj formy jest wiek dziecięcy, z 27 przypadków Barlowa i Warnera 20 chorych nie przekroczyło 14go roku życia, jakkolwiek i młodzieńczy wiek nie jest wolny od niéj, z dwóch bowiem przypadków Priora jeden chory miał 19 lat, drugi 13 zaledwie. Co do płci, to męska jak i żeńska zarówno usposobiona. Czy forma ta guzkowa występuje tylko w pewnym okresie, gośćca nie można na pewne orzec, zdaje się, że chętniéj towarzyszą nawrotowi i to gwałtowniejszemu. Co do symptomatologii guzków, to ilość i wielkość ich ulega wielkim zmianom, raz są większe, raz mniejsze, raz występują pojedynczo, raz rozsiane, raz w grupach; trwanie ich podczas choroby jest dość krótkie, a bolesność utrzymuje się tylko dopóty, dopóki trwa stan zapalny; ruchy ścięgien nie zostają upośledzone. Najczęściéj nagabnięte bywają ścięgna mięśnia trzygłowego i czterogłowego, a w dalszym rzędzie zginacze i mięśnie wyprostne palców u nóg i rąk. Rozpoznanie więc jest łatwe, rokowanie dobre. Leczenie zawsze przeciwgośćcowe, a więc kw. salicylowy, a z nowszych leków możnaby zalecić antipyrynę, salol i t. p. (*Münchener medicinische Wochenschrift*).

H. K.

Chirurgija.

G. Richelot (Paryż): **O wycięciu macicy przez pochwę.**

Dotąd wykonano 30 razy wycięcia macicy przez pochwę sposobem autora. Operacyja polega na oddzieleniu macicy i na leczeniu rany. Metoda jego ma następujące korzyści: 1) zapewnia dokładne zatamowanie krwotoku a 2) skraca czas trwania operacyi. W tym celu używa R. do uciśnięcia szerokich więzadeł długich kleszczy do forcipresury służących, które pozostawia w jamie miednicy przez 24—48 godzin. Sposób ten rozszerza pole dla hysterectomii, pozwala bowiem na usunięcie macicy mało ruchoméj. Kleszcze pozostawione wystarczać mają do drenowania (? Sprawozd.). R. jest zwolennikiem hysterektomii przez pochwę w każdym przypadku raka, albowiem tylko ten sposób operowania zabezpiecza przed powrotem choroby. Twierdzenie zwolenników amputacyi szyjki macicy w przypadkach raka części pochwowéj, jakoby powrót choroby był równie częstym po wyłuszczeniu całéj macicy jak i po amputacyi szyjki zbija autor twierdząc, że do wyłuszczenia całkowitego za późno przystępowano i wykonywano je zazwyczaj w najgorszych przypadkach. Ponieważ operacyja wyłuszczenia całéj macicy daje coraz to lepsze wyniki (Leopold stracił na 26 przypadków 2, Klotz na 17 przypadków nie miał przypadku śmierci, Richelot na 10 przypadków stracił 3) radzi autor rozszerzyć szereg wskazań do téj operacyi na przypadki dobrotliwych nowotworów (bolesne krwawiące mięsaki), które dadzą się wyjąć drogą miednicy bądź to w całości bądźto w kawałkach, na niektóre przypadki tyłozgięcia macicy, w których inne sposoby leczenia zawiodły, na uporczywe przypadki wypadnięcia macicy, gdzie zabiegi anaplastyczne zawiodły, wreszcie przypadki wynicowania macicy i nerwobólu maciczno-jajnikowego. (Dziennik Zjazdu chirurgów francuskich, *Revue de Chirurgie*, listopad 1886). *Dr. Bogacz.*

Dr. Ferret (Paryż): **Złamanie uda wessanie kostniny 70go dnia po złamaniu wśród pojawienia się róży.**

Młodzieniec 17-letni złamał kość udową w środkowéj 3éj części; założono opatrunek wyciągający Tillauxa. Po 2 miesiącach zgojenie było zupełne i chory chodził dobrze, w tém dostał róży w miejscu pozbawioném przyskórka od plastra. W 6ym dniu przebiegu róży udo zgięło się pod kątem 40° w miejscu byłego złamania; kostnina znikła zupełnie a ruchomość odłamków była możliwą we wszystkich kierunkach. Następnie utworzył się w miejscu złamania ropień, który wypróżniono najpierw aspiratorem a następnie otwarto, przyczém oba odłamki kostne przylegały do siebie, górny odłamek był obnażony na przestrzeni 4cm. Wykonano resekcyję odłamków, ranę opatrzono jodoformem, a odnogę ustalono. W 2 miesiące rana zgoiła się a zrośnienie było zupełném. Przypadki podobne należą do rzadkości; najczęściéj rozmięka powoli kostnina i znika z powodu złego odżywienia organizmu. F. znalazł opisy 3 podobnych przypadków; w jednym dokładniéj opisanym przez Schillingsa znikła kostnina u chorego w 6m tygodniu wśród przebiegu duru brzusznego. Ferret twierdzi, że jeżeli w przebiegu duru brzusznego albo innéj choroby zakaźnéj zniknie kostnina, musi kość być dotkniętą zapaleniem przyrody zakaźnéj (*Osteite infectieuse*), które czasami towarzyszy chorobie a dla którego kostnina przedstawia żyzny grunt do rozwoju. (*Le Progrès Médical*, listopad 1886). *Dr. Bogacz.*

Okulistyka.

Dr. Th. Kubli: **Przyczynek do nauki o nagminnéj ślepocie kurzéj.**

Spostrzeżenia autora obejmują 320 przypadków: w téj

liczbie 241 mężczyzn, 79 kobiet. Mężczyzni zatém trzy razy częściéj ulegają temu zboczeniu wzroku, niż kobiety. Wiek pokwitania i lata męskiéj dojrzałości dostarczały najliczniejszego kontyngensu dotkniętych kurzą ślepotą. Najciekawszym z wyników autora jest spostrzeżenie, że największa ilość przypadków schodzi się z czasem postu wielkanocnego, kiedyto ludność rosyjska, przestrzegając ściśle religijnego rytuału, żywi się jedynie chlebem, ziemniakami, kapustą i „kwasem“, a więc pokarmami ubogiemi w istoty białkowate. Złe odżywianie się uważa więc autor za pierwszorzędną przyczynę téj choroby, podczas gdy innym dotąd powszechnie uznawanym czynnikom przypisuje znaczenie bezpośrednich bodźców. Zgodnie z tém przypuszczeniem miały przypadki kurzéj ślepoty wkrótce po ustaniu postu zmniejszać się co do liczby, a nawet zupełnie znikać.

Ze zmian towarzyszących cierpieniu spotykał autor tylko objawy zależne od złego odżywienia: łzawienie, nieżyt spojówek, brak wszelkich zboczeń na dnie oka, a jako jedyny stały objaw, obniżenie poczucia światła dochodzące niekiedy do $^1/_{100}$ prawidłowego. Zmiana w sposobie żywienia się wystarcza do szybkiego usunięcia choroby i czyni zbytecznym pobyt w ciemności. Po lekach skrzepiających, jak żelazo, arsen, nie widział autor dobrych wyników, natomiast godzi się autor na środek ludowy: — spożywanie gotowanéj wątroby, któréj w Rosyi zwyczaj nie wyklucza z rzędu postnych potraw. (*Knapps u. Schweiggers Archiv f. Augenheilkunde*).

Dr. Sroczyński.

Dr. P. Silex: **Sprawozdanie z 122 ekstrakcyj zaćm schyłkowych z otwarciem torebki za pomocą szczypczyków torebkowych.**

Praca powyższa zawiera wyniki otrzymane w berlińskiéj klinice uniwersyteckiéj przy ekstrakcyjach połączonych z wydobyciem torebki sposobem Förstera za pomocą szczypczyków zmodyfikowanych przez prof. Schweiggera. W 122 przypadkach rezultat przedstawiał się jak następuje:

1) 89 z wynikiem dobrym (V = $^1/_6$ i więcéj) czyli 72,9%
2) 27 zaćm wtórorzędnych „ 22,2%
3) 6 strat „ 4,9%

Biorąc za podstawę wynik osiągnięty po pierwszéj operacyi otrzymano następujący szczegółowy rezultat co do bystrości wzroku.

I. Z wynikiem całkowitym 81 = 66,4%:

V = $^6/_{36}$ . . . . 18 ócz
V = $^6/_{24}$ . . . . 30 „
V = $^6/_{18}$ . . . . 20 „
V = $^6/_{12}$ . . . . 9 „
V = $^6/_9$ . . . . 2 „
V = $^6/_6$ . . . . 2 „
81

II. Z wynikiem połowiczym 27 ócz = 22,2%

V = $^1/_9$ . . . . 13 ócz
V = $^1/_{12}$—$^1/_9$ . . . . . . 9 „
V = $^1/_{18}$ . . . . 1 „
V = $^1/_{24}$ . . . . 4 „
27

III. Z żądnym wynikiem 14 ócz = 11,4%

V = $^1/_{72}$ . . . . 4 ócz
V = $^1/_{36}$ . . . . 5 „
V = $^1/_8$ . . . . 2 „
V = 0 . . . . 3 (*panophthalm.*)

Jest to bystrość uzyskana bez korekcyi niezborności.

Z powikłań dość częstém było wypadnięcie ciałka szklanego (16,2%), co autor przypisuje częścią odsłonięciu błony szklistéj (*hyaloidea*) przy zdarzającém się nieraz wyjęciu kawałka tylnéj torebki, częścią pęknięciu obwódki Zinna przez ucisk szczypczyków na soczewkę przy chwytaniu torebki. W 21 przypadkach (= 16,3%) przyłączyło się zapalenie tęczówki z przebiegiem wszakże łagodnym.

Z liczby zaćm wtórorzędnych (122,2%) okazuje się, że wydobycie torebki nie chroni bezwzględnie od powstawania takowych. Co do łatwości chwycenia torebki szczypczykami, to na 122 przypadków jedynie raz zawiodło to narzędzie (w przeciwstawieniu do 12% przypadków Förstera) co autor przypisuje modyfikacyi uskutecznionej przez prof. Schweiggera (ząbki skierowane ku dołowi). (*Knapps und Schweiggers Archiv f. Augenheilk.*). *Dr Sroczyński.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 31).

Z tego co powiedziałem jawném jest bardzo, że transport trupów perskich najprzód przez same ich posiadłości, a następnie i przez terytoryjum tureckie, uważany wszechstronnie jest szkodliwym tak dla okolicy, przez którą się go przeprowadza, jak również dla osób wyłącznie zajmujących się tém rzemiosłem. Niedogodność ta jest powszechnie znaną. Lecz gdy tak władze administracyjne perskie, jak również i rada sanitarna w Teheranie żadnych nie poczyniły usiłowań, aby narodowy ten zwyczaj podciągnąć pod pewne regulaminy, to przeciwnie niemniéj interesowany rząd turecki, zastósowawszy na granicy pewne formalności, przynajmniéj w części doszedł do pożądanego celu. Odpędzając od granicy ten zbyt efektowny towar, zmuszono jego właścicieli do koniecznego wkładania go do blaszanych skrzynek, które dokładnie zalutowane otrzymują pozwolenie do dalszego transportu. W ten sposób otwierając nowe źródło zarobku dla pewnych klas ludności, przyczyniono się nie mało i do tego, że dwa miasta Kermanszach i Kheremabad stały się punktami gromadzenia się karawan, tutaj zaopatrujących się w wymagane regulaminem blaszane skrzynki, i ztąd transportujących je już jedną drogą ku granicy tureckiéj do Khanekin. Znane przeniewierstwo perskie i pasyja przemycania stały się powodem, że dla uniknięcia strat, administracyja sanitarna turecka stworzyła nowy urząd rewizora trupów, którego obowiązkiem jest dopilnowanie, ażeby każda zadeklarowana skrzynka zawierała po jednym tylko nieboszczyku, za którego przewóz przez granicę pobiera się myto w wysokości 10u franków. Przekonano się bowiem, że skrzynka nieraz zawierała więcéj towaru, że pątnicy udający się do Kerbeli, zaszywali w siodła szczątki swych krewnych. Lub też znowu potłuczone kości zapakowywano w podróżne torby i deklarowano jako zapasową mąkę. Czynią to zaś nietylko zwykli pielgrzymi, ale nawet i perscy dostojnicy, mianowicie ich damy, uważające się za niedotykalne. Przekonano się o tém dowodnie w czasie pamiętnych dla Iraku odwiedzin Nahszeddin Szacha. Wtedyto urzędnicy sanitarni w Khanekin z niejednym ciekawym spotkali się faktem. Gdy bowiem całe gromady kobiet dworskich poprzedzone przez gońców azerbejdżańskich, przejeżdżały obok urzędu sanitarnego, strażnicy zatrzymawszy całą tę procesyję, ku największemu zgorszeniu prawowiernych, zmusili damy do zejścia z koni i zadenuncyjowana kontrabanda w istocie została odkrytą, ponieważ w każdém prawie siedzeniu znaleziono torby i skrzynki, za-

wierające ludzkie kości. Nie wiem, może to były resztki zasłużonych u Szachyuszach (króla królów) hurysek. To tylko pewna, że skonfiskowane i dotąd przez nikogo nie reklamowane, czekają w magazynach trupich w Khanekin na kogoś co się o nie upomni.

Po odbytéj rewizyi trupiego towaru i po pobraniu myta, każdy z transportujących otrzymuje świadectwo zapewniające mu dalszy wolny przejazd przez terytoryjum tureckie. Tak zaopatrzone karawany wyruszają z przed magazynów urzędu sanitarnego, lecz z powodu że ten ostatni jest położony między granicą i Khanekin, transport trupi nie jest w stanie ominąć miasta i przechodzi przez nie z całym wrzaskiem i szelestem rzędów końskich, jaki zwykł towarzyszyć każdéj z podobnych procesyj. Do niedawna jeszcze Khanekin po przejściu trupich karawan, bywała narażoną na te same następstwa co i niektóre z wyżéj wymienionych miast perskich. Ciężkie choroby zakaźne jak dur, ospa, dławiec, bywały częstém następstwem przejazdu perskich pielgrzymów. Od czasu jednak wprowadzenia obowiązkowego przewozu zwłok w blaszanych skrzynkach ogólny stan zdrowotny miejscowości zachował zwykły swój charakter, nie przedstawiając żadnych szczególnych zmian, jakieby można było przypisać przejściom trupich karawan, tak, że opierając się na wykazach statystycznych panujących tu chorób zakaźnych w ciągu ostatnich paru lat, uwzględniając ich rozwój i stopień śmiertelności, wypada przyznać, że ani ich wybuch, ani téż przebieg i zakończenie się, nie okazały się zależnemi od wpływu, jaki wywiera transport trupów do miejscowości położonych w granicach Persyi. Przypisać to można skrzynkom blaszanym i większéj czujności sanitarnéj w Turcyi, która w téj okolicy odgrywa niezaprzeczenie ważną i korzystną rolę.

Dla zabezpieczenia mieszkańców arabistańskiego Iraku od odwiedzin trupich karawan, administracyja sanitarna usiłowała wyznaczyć drogę od Khanekin do wybrzeży Eufratu, i zobowiązać perskich pielgrzymów do trzymania się li tylko zakreślonego szlaku. Usiłowania te jednak okazały się próżnemi. Raz z powodu, że wzięto się do nich za późno, pozwoliwszy zamożnym ofiarodawcom perskim pobudować przy głównéj pocztowéj drodze olbrzymie karawanseraje; a niemniéj téż i z przyczyny stale kontynuowanych napadów na podróżnych i łupienie nieraz całych karawan przez awanturnicze plemiona koczujących Kurdów. Rząd nie mogąc podołać tym ostatnim, tolerował nawet przechodzenie trupich karawan przez stolicę prowincyi — Bagdad. I dopiero wybuch przed 16u laty gwałtownéj epidemii dżumy, zmusił rząd do zbudowania od strony północnéj miasta obszernego karawanseraju, przeznaczonego na dom zajezdny dla wszystkiego co przybywa z Persyi. Lecz jak rewizyja trupów w Khanekin, tak i wzbronienie przewozu ich przez Bagdad, gdzie Persowie również posiadają groby czczonych przez się imamów, wcale się nie podobało prawowiernym szeitom. Duchowieństwo zaprotestowało; sprawa weszła na drogę dyplomatyczną i prawdopodobnie z powodu, że odor jéj okazał się zbyt ckliwym dla sterników kwestyj międzynarodowych, pospieszono wymódz na rządzie tureckim, ażeby, obostrzywszy ostrożności sanitarne, przyznał Persom prawo przewożenia swych nieboszczyków, choćby tylko przez jedno z przedmieść Bagdadu. Odtąd miejscowość zwana Kazamich, ze wspaniałym meczetem imama Mussy, okolica piękna sama przez się, dzięki obszernym lasom palmy daktylowéj, stała się punktem przejazdu perskich karawan. Dla łatwiejszego przebycia Tygru zbudowano nawet most łyżwowy, po którego przebyciu karawany zdążają do Musseibu nad Eufratem; tutaj opłaciwszy się drogo celnikom tureckim, po kilku godzinach dociągają wreszcie do Kerbeli, gdzie w ręce czujnych pośmiertnych opiekunów, składają przywieziony towar. Wydać pokwitowanie, że nieboszczyk został dowieziony do miejsc świętych, pobrać opłatę za odsprzedany grób i wrzucić zwłoki do ogólnego dołu, to rzecz jednéj chwili. „Czarwadar“ i rodzina są zadowoleni w przekonaniu, że zwłoki po długiéj podróży nareszcie spoczną sobie spokojnie. Inaczéj jednak zapatruje się na tę kwestyj duchowieństwo miejsc świętych. Gdyby bowiem dla każdych zwłok zarezerwowano oddzielny grób, rzecz prosta, że cała okolica tak przy Kerbeli jak i Nedżefie, będąc już olbrzymiém cmentarzyskiem, wkrótce okazałaby się niedostateczną. To téż zwłoki przywożone z Persyi krótko tylko pozostają przy meczecie Husseina w Kerbeli. Po niejakim czasie są w cichości zagrzebywane całemi gromadami w pobliskich ogrodach palmowych lub na bezżyznéj przestrzeni otaczającéj tę miejscowość. Nedżeff zaś jako grobowiec prawodawcy szeitów Alego, jest tylko dostępny dla zwłok bardziéj dystyngowanych Persów. Że zaś i ich ilość czasem także wypełnia sklepy meczetu, więc dla przygotowania miejsc dla świeżych, dawniejsze już zwłoki bywają po prostu wyrzucane do w pobliżu leżącego jeziora. Wiedzą o tém wszyscy. Lecz uważa się za prawdziwą herezyję wspominać choćby tylko o losie nieboszczyków w Nedżefie, po upływie pewnego okresu czasu nieprzedstawiającym żadnego interesu dla pozostałych w kraju rodzin. To jednak niegodziwe i tak niehigijeniczne postępowanie ze zwłokami ze strony duchowieństwa szeickiego oddawna powinno było zwrócić na siebie uwagę władz miejscowych a głównie administracyi sanitarnéj. Bo niegłębokie jezioro przelewając swe wody w licznie rozchodzące się ztąd kanały, w suchych mianowicie porach roku zmniejszać zwykło swą przestrzeń. I wtedyto dno jeziora staje się ogromną bagnistą powierzchnią, powiem nawet prawdziwém cmentarzyskiem, na którém obok dawnych kostnych szczątek nieraz daje się dostrzedz i resztki świeżych trupów, pod wpływem wysokiéj ciepłoty wydzielających wyziewy, których wpływ nie może pozostać obojętnym dla okolicznych tutaj koczujących plemion arabskich. A i dla entomologa przedstawia się tu obszerne pole do studyjów. Miryjady owadów z działu *Sarcophagineae*, *Glaciphagenae* i *Tyroglyphae* (jak: *Siro*, *Lucilia cadaverina*, *Dermestes lardarius*, *Sylphes*, *Phora atterima*, *Tyroglyphus longior*, *Soprinus rotundatus*. *Sarcophaga laters*, *Anthrenus museorum* itp.) gnieżdżą się i żyją szczątkami obcego przybysza i być może, że są jedną z licznych przyczyn sprzyjających przenoszeniu się zakaźnych zaduchów. Co więcéj, skrzynki blaszane, wojłoki i rogóżki pozostałe po usunięciu z nich zwłok, często spotykałem w bazarze Nedżefu wystawione na sprzedaż lub użyte do przechowywania jarzyn i rozmaitych drobiazgów. Na to wszystko nie zwraca się uwagi, miejsca bowiem czczone są przeważnie zamieszkałe przez prawowiernych szeitów, u których wpajanie zasad utrzymania przepisów higijenicznych na długo jeszcze pozostanie próżném usiłowaniem. (C. d. n.)

Listy z „Zachodniego kraju.“

VII.

Korzystając z leżącego przedemną rocznego sprawozdania z czynności najstarszego z Towarzystw w prowincyi na-

széj zaszczyconego wyłącznie nazwą cesarskiego, a mianowicie Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego za rok ubiegły [1]) mogę szerszy ogół lekarzy poinformować o jego działalności i życiu. Dowiadujemy się z niego, że w roku zeszłym liczba członków Towarzystwa wynosiła 226, przeważnie zamieszkałych w Wilnie lub w trzech przyległych gubernijach, z których honorowych członków w cesarstwie było 9, za granicą 4, członków rzeczywistych 65, członków korespondentów w cesarstwie 112, za granicą 36. W r. ubiegłym wybrano kilku nowych członków, a kilku znowu zakończyło życie. Życie duchowe Towarzystwa zaznaczało się w posiedzeniach, których odbyło się w r. 1886 jedenaście razem z dorocznėm. Na nich przedstawiono prac i zrobiono powiadomień 18, wypada więc po 1$^1/_2$ na każde z posiedzeń Towarzystwa. Z prac tych przypada dwie na sprawozdania sanitarnėj sekcyi Towarzystwa o roślinnym wojłoku i o potrzebie założenia chemiczno-mikroskopicznėj pracowni, a inne na kilku jednych i tych samych członków. P. Wysiekierski zawiadomił o roślinnym wojłoku i o uzdrowotnieniu Wilna, p. Wygodoski przedstawił ciężki przypadek *erythema exsudativum multiforme Hebrae* z zejściem w wyzdrowienie, p. Stembo o symptomie tak zwanym *Keringa*, to jest o odruchowym skurczu stawu kolanowego wśród choroby mózgowėj, jak również o zastosowaniu jodolu w dyfteryi. P. Zalkind sprawozdanie z pracy Oppenheimera: *Untersuchungen über den Gonococcus Neisseri*, p. Iwaszkiewicz o *Tetanus idiopaticus* i o przypadkach durzycy brzusznėj, p. Jundziłł notatkę o leczeniu ropnych zapaleń opłucny i o przypadku wdechnięcia w krtań obcego ciała, p. Opitz o ochronnėm leczeniu ludzi ukąszonych przez wściekłe zwierzęta według sposobu Pasteura, prezes Towarzystwa, p. Majewski, opowiedział o operacyi owaryjotomii, a wykonanėj zaledwie przez niego po raz pierwszy w Wilnie. Znany wileński okulista, p. Cywiński, zdał sprawozdanie o poselstwie do Paryża razem z żołnierzami 27 artyleryjskiėj brygady ukąszonymi przez psa wściekłego i przedstawił chorego, na którym wykonano operacyję ekstrakcyi katarakty linearnym sposobem bez irydektomii i opowiedział jeszcze o 17 takich przypadkach operacyi, które zakończyły się pomyślnie, a p. Strzemiński opisał przypadek idiosynkrazyi do waseliny, mówił też o zastosowaniu antipirynu w newralgijach ocznych i podał sprawozdanie z lecznicy ocznėj za rok 1885. Towarzystwo za ofiarowane przez członków fundusze założyło pracownię do badań chemiczno-mikroskopijnych, którą otwarto dnia 1go stycznia 1887 r. Protokóły swoich posiedzeń Towarzystwo w r. ubiegłym wysyłało tak niektórym osobom prywatnym jakoteż i w zamian za nadsyłane mu pisma i wydawnictwa licznym instytucyjom. Środki na utrzymanie otrzymuje Towarzystwo z corocznie pobieranych wpisów, od członków, z opłat za dyplomy i rozprzedaży protokółów posiedzeń. Dochód w zeszłym roku wynosił rs. 502 kop. 25$^1/_4$, który przewyższył rozchód o rs. 55 kop. 38$^1/_2$. Towarzystwo prenumerowało tylko 5 pism lekarskich, z których 3 rosyjskie i 2 niemieckie. Towarzystwo posiada 900 rs. funduszu i zarządza dwoma funduszami stypendyjalnemi imienia Filipowa w 5cio procentach od sumy 2.023 rs. i imienia Albickiego w 5% od sumy 3.038 rs. 55 kop. Biblijoteka Towarzystwa posiada dzieł ogółem 8.342, które stanowią 15.449 tomów, rękopisów 272. W archiwum 2.462. Nie wchodzą do tego spisu pisma i rozliczne wydawnictwa nadsyłane Towarzystwu. Sprawozdanie niniejsze może służyć za obraz zbyt ubogi i skromny w rezultaty naukowe, które w sobie dziś skupia Towarzystwo lekarskie wileńskie spadkobierca tradycyjnėj i zasłużonėj zamkniętėj szkoły lekarskiėj.

W dawniejszych listach moich miałem sposobność opisać choć pokrótce stan służby zdrowia w kraju naszym, równie jak dawniejszą historyję stanu lekarskiego w tutejszych prowincyjach, obecne jego położenie, oraz stosunek jego do społeczeństwa, w dzisiejszym zaś chcę skreślić ten zakres, pośród którego zwyczajnie skupia się zawodowa praca lekarza naszego kraju.

Weźmy dla przykładu choćby jeden z zakątków gubernij zachodnich, naprzykład rozpatrzmy Kijowską, jakie choroby najczęściėj podlegają kompetencyi praktykującego lekarza z rozmaitych a obszernych działów medycyny z pośród ludności chrześcijańskiėj i żydowskiėj. Największy zwolennik i wielbiciel specyjalizowania w umiejętnościach lekarskich przyznać musi, że znacznie trudniejszėm od każdego specyjalisty jest położenie każdego praktycznego prowincyjonalnego lekarza zmuszonego z zawodu swego udzielać rad chorym w najrozmaitszych cierpieniach, wymagających od niego obok rozpoznania i umiejętnėj rady; uchybienie zaś najmniejsze, a często błędne tylko przez chorego lub otaczających go zrozumienie słów lekarza, są przyczyną przypisywania mu często niesłusznie wielkiėj winy, nie wiedząc, że ten tylko nie błądzi, kto prawdy nie szuka, a co spotykać musi nawet największych specyjalistów-praktyków, a cóż dopiero mówić o tuzinkowych specyjalistach.

Znaczne powiększenie liczby lekarzy wytworzyło silną konkurencyję pomiędzy nimi i zmusiło ich za przykładem lekarzy niemieckich szukać zarobku w reklamie o specyjalizmie, z tą jednak różnicą, że specyjalizm u nas bardziėj jeszcze można nazwać samozwańczym, zwróconym wyłącznie ku łowieniu na wędkę łatwowiernėj publiczności. Tytuł specyjalisty może nie wymagać tėj nawet reklamy, co w Niemczech jak wydanie kilkustronicowėj broszurki i specyjalność stosownie do potrzeby można dowolnie zmieniać, jednę rzucać, a przyjmować tę, która lepiėj popłaca. Bywają, jeżeli interes tego wymaga, i specyjalności kilku gałęzi medycyny najbardziėj używanych, tak, że jeden i ten sam lekarz twierdzi, że jest specyjalistą chorób kobiecych i piersiowych lub tėm podobnie. Niektórzy nawet urzędowi specyjaliści zaszczyceni katedrą uniwersytecką, podejmują się leczenia chorób niewchodzących w zakres ich specyjalnėj wiedzy dla większego zysku. Francuska medycyna, jak wiadomo, przedzieliła się od Niemiec w swych zapatrywaniach na działalność praktyczną lekarza poglądami bardziėj szerokiemi i liberalnemi, aniżeli wązkie i ograniczone koło specyjalności lekarzy niemieckich. Jeżeli specyjalizowanie nauk lekarskich położyło bez kwestyi wielkie zasługi dla wiedzy praktycznėj w Niemczech, to za to znowu przeistoczyło po części zawód lekarski w rzemiosło, francuska medycyna jeżeli mało zdziałała w ostatnich latach dla praktycznych celów, to za to pozostała bardziėj nauką niż rzemiosłem, opierające się na szerszych filozoficzno-fizyjologicznych poglądach. Patologo-anatomowie tacy jak Charcot lub Vulpian (niedawno zmarły) posiadają przecież swe kliniki, Broca, chirurg, oddawał się badaniom antropologicznym, a słynni ginekolodzy jak Bernütz, Gallard, lub dotąd żyjący Firdey, oddawali się terapii i prowadzili klinikę lekarską, a na ginekologiję patrzyli jako na jednę z jėj gałęzi. Mnie się zdaje, że w tym względzie

[1]) Godowoj otczet o diejatelnosti Imperatorskaho Wileńskoho medicinskaho obszczestwa za 1886 god.

dzie trzeba stać na pośredniéj drodze pomiędzy dwoma przodującemi nam narodami i przyjąć, że o ile specyjalność w medycynie oparta na wiedzy i praktyce jest zbyt ważną, któréj lekceważyć nie można, o tyle znowu rozszerzający się specyjalizm pośród nie tylko młodych lekarzy, ale nawet wśród studentów z uszczerbkiem ogólnéj wszechlekarskiéj i wszechludzkiéj wiedzy jest szkodliwym dla publiczności, która potrzebuje bardziéj wytrawnego i wykształconego lekarza, aniżeli tuzinkowego specyjalisty, aby potém, gdy zajdzie potrzeba, użyć rady specyjalisty, chory zamiast do rzeczywistego i mogącego przynieść istotną mu korzyść, przechodzi cały szereg specyjalistów samozwańczych, przez co traci na czasie w razach, gdzie zwłoka zły wpływ może na chorobę wywrzeć i przynosi uszczerbek dla jego kieszeni. Określiwszy w ten sposób stanowisko praktyka-lekarza i jego znaczenie dla prowincyi w następnéj mojéj korespondencyi przejdę do chorób, z jakiemi on się najczęściéj spotykać musi, a jakie są właściwe naszéj prowincyi, nie pomijając uwag lub poglądów, jakie się nastręczać będą zebrane w mojéj praktyce w przeciągu pobytu jedenastoletniego w jednéj i téj saméj miejscowości. *I. Iłgowski.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Rudolf Emmerich: **Leczenie wąglika.**

Cornil i Babes bardzo częstą miewali sposobność spostrzegania, że w hodowlach mięszanych jedne grzybki wybujają nad drugie, aż wreszcie jeden ich gatunek wytępi drugi. Spostrzeżenia te obudziły w nich myśl, czyby téj własności grzybków nie można wyzyskać dla leczenia chorób zakaźnych. Na tę samą myśl naprowadził Emmericha przypadek, że morskiéj śwince, któréj zaszczepił koki róży, w 10 dni późniéj zaszczepił grzybki ziemne z Neapolu. Ta świnka morska dożyła do 52 godzin i z niéj wyhodował nieliczne kolonije tylko grzybków róży, podczas gdy morska świnka, któréj zaszczepił tylko grzybki ziemne, zginęła już po 32 godzinach i wyhodowano z niéj kolonije tylko grzybków ziemnych. Autor przedsięwziął tedy szereg doświadczeń na królikach zastrzykując im grzybki róży i wąglika pod skórę albo wprost w żyły. Dla kontroli wstrzykiwał innym królikom grzybki wąglikowe z téj saméj hodowli. Wyniki tych doświadczeń przedstawiają się, jak następuje: 1) Z 15-stu królików, którym zaszczepił E. koki róży, a po niejakim czasie prątki wąglika, zginęło troje, wyzdrowiało zaś 12. Padłe króliki zginęły nie skutkiem wąglika lecz skutkiem róży. Wyhodowano z nich kolonije tylko koków róży. 2) Z 16tu królików, którym zastrzykiwał pod skórę koki róży dopiero wtedy, jak przypady wąglika wystąpiły, uratowano dwoje. Padłe króliki żyły o wiele dłużéj, aniżeli te, którym nie wstrzykiwano koków róży. 3) Kiedy E. zastrzykiwał koki róży królikom okazującym przypady wąglika w żyły, ocalało z 10 królików 6. Królik zabity tuż po śmierci królika nieleczonego zastrzykiwaniem koków róży, zarażonego jedynie grzybkami wąglika, okazywał wiele prątków wąglikowych, ale te bardzo mało zabarwiały się na niebiesko podobnie jak zwykłe prątki ulegające już rozpadowi. W królikach doświadczanych zabitych we 2—3 dni po śmierci królików szczepionych samemi grzybkami wąglika, znajdowano bardzo mało prątków wąglikowych i te były prawie zupełnie rozpadnięte, a stosunkowo wiele koków róży. Króliki w wymieniony sposób leczone zabite w 8—14 dni po śmierci królika zdechłego po wstrzyknięciu samych grzybków wąglika nie okazywały więcéj prątków wąglikowych ani też koków róży. (*Archiv f. Hygiene, Band VI, Heft* 4).

Dr. Buszek.

Dr. Alexander Spiess: **Kolonije wakacyjne.**

Nieprzychylni urządzaniu kolonij wakacyjnych, szybszy przybytek na wadze dzieci w czasie wakacyj wysyłanych na świeże powietrze przypisywali nie wpływowi świeżego powietrza, lecz porze roku, uwolnieniu dzieci od trudów szkolnych i przebywaniu ich na wolném powietrzu a nie w zamkniętych salach szkolnych. Autor chcąc wykazać, że nie tylko te czynniki składają się na przybytek ciężaru kolonistów, ale głównie pobytowi na świeżém powietrzu ten zbawienny skutek przypisać należy, ważył dzieci szkolne, których na kolonije wakacyjne nie wysyłano. Z porównania przybytku ciężaru ciała okazuje się, że u dzieci nieprzebywających w kolonijach wakacyjnych jest przybytek ciężaru ciała prawidłowy, zwyczajny, podczas gdy u kolonistów przybytek ten okazuje się znacznie wyższym. I tak wynosi on u dziewcząt siedm razy więcéj aniżeli normalny, a u chłopców ośm razy, co przecież tylko pobytowi na świeżém powietrzu i zwiększonemu apetytowi, a zatém i posilniejszemu żywieniu przypisać należy. (*Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege* XIX *Band*, III *Heft*.

Dr. Buszek.

---

* Otrzymujemy następujący list:

Szanowna Redakcyjo! Upraszam o zamieszczenie w najbliższym numerze „Przeglądu Lekarskiego" następującego wyjaśnienia.

Szanowny autor listu zamieszczonego w Nrze 31 Przeglądu Lekarskiego wyraża zdziwienie, że starostwo rzeszowskie w sprawie niemowląt na wymamczenie oddanych, dopiero teraz o ich istnieniu w powiecie sobie przypomniało.

Ponieważ autor tego listu utrzymuje, że wszyscy lekarze powiatowi posiadają przedkładane w styczniu każdego roku przez gminę spisy takich niemowląt i że z obowiązku moralnego i służbowego czuwają nad temi istotami, — wreszcie, że istnieje zarządzenie, aby wójtowie w razie podejrzenia przedstawiali mamkę i dziecko lekarzowi powiatowemu lub też najbliżéj mieszkającemu lekarzowi — widocznêm jest, że szanowny autor czytając rozporządzenie starostwa rzeszowskiego, odnosił takowe do podrzutków.

Otóż wyjaśnić muszę, że starostwo nasze rozporządzeniem tem osłonić zamierzyło nie tak może szczupłą u nas garstkę podrzutków, nad któremi władze oddawna czuwają, a starostwo co roku wykazy ich Namiestnictwu przedkładać musi, — jak raczéj znaczną liczbę niemowląt, których w żaden sposób za podrzutki poczytać nie można, a dla których — o ile mi wiadomo — osobne zarządzenia nie istnieją. Do téj kategoryi należą dzieci ślubne, znanych rodziców, oddawane na wieś za umówioną zapłatą, których rodzice miejscy lub wiejscy nie chcą lub nie mogą trzymać przy sobie — dzieci kobiet wiejskich zamężnych, które umierając zostawiają ojcu dziecię jeszcze nieodkarmione. Tak licznego oddawania dzieci — niepodrzutków — zwłaszcza wiejskich na wymamczenie przez obce kobiety, nie uważałem ani w powiecie bohorodczańskim ani zbaraskim, gdzie dawniéj urzędowałem: przypuścić muszę, że to jest specyjalność powiatu rzeszowskiego, i dla tego też uważało tutejsze starostwo za odpowiedne dla stosunków lokalnych wydać zarządzenie, ale bynajmniéj bez téj myśli, aby inne starostwa przykład ztąd brały, bo co u nas potrzebnêm, może być zbytecznêm dla innego powiatu.

Szanowny autor nie zgadza się także na ustęp 3 rzeczonego rozporządzenia i wytyka dążność poruczania wójtom niejednéj czynności sanitarno-policyjnéj. Pod tym względem przypominam Szanownemu Autorowi § 3 c. ustawy z d. 30 kwietnia 1870, podług którego nadzór nad pieczą podrzutków należy do samoistnego zakresu działania gminy. Jestto moralnym i służbo-

wym obowiązkiem lekarza powiatowego przekonywać się przy każdéj sposobności, jak gminy wypełniają ów nadzór i jaki jest stan zdrowia podrzutków, ale sam Szan. Autor niechaj odpowie, czy sam nadzór urzędowego lekarza byłby dostatecznym, gdyby prawodawstwo w powołanéj ustawie nie postawiło na straży losu podrzutków gminy, która może każdéj chwili interwenijować w obec niesumiennéj mamki. Lekarz powiatowy przy najlepszych chęciach zaledwie parę razy w roku może podrzutka oglądać, a jeżeli czynność jego w powiecie wolnym od epidemij ograniczy się (prócz zajęcia w siedzibie) do podróży peryjodycznych i szczepienia ospy, to u niesumiennéj kobiety bez nadzoru gminy może tymczasem umrzeć niejeden podrzutek z braku opieki lub z powodu zbrodni.

Wydając analogiczne zarządzenie co do niemowląt niepodrzutków, postąpiło zatém starostwo rzeszowskie zgodnie z ustawą i przepisami w tém przekonaniu, że nadzór i nad temi niemowlętami nie powinien się ograniczać li tylko do mniéj lub więcéj dokładnych spisów, lecz że zdrowie i życie niemowląt głównym jego celem być powinno. Zarządzenie to tém bardziéj było wskazaném, gdy w b. r. przy sposobności objazdu gmin przekonałem się, że w Rogoźnicy, Lipiu i Zaczerniu, gdzie mamczenie niepodrzutków odbywa się na wielką skalę, śmiertelność między temi dziećmi jest znaczną.

Rzeszów 1 sierpnia 1887. Dr. *Józef Barzycki*,
c. k. lekarz powiatowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (7 z. t.); z zapalenia płuc 4 (6 z. t.); z zapalenia jelit 9 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 8 krztuśca, 3 duru brzusznego (2 ze wsi), 3 róży, 4 czerwonki. W tygodniu od 3—9 lipca umarło z ospy: we Lwowie 1; w Brodach 1, w Czerniowcach 3, w Pradze 4, w Budapeszcie 2, w Wiedniu 1, w Tryjeście 8, w Paryżu 7, w Warszawie 13, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 21, w Londynie 14, w Petersburgu 12. Z odry umarło w Kołomyi 2, w Wiedniu 22, w Mnichowie 23, w Paryżu 29, w Londynie 77, w Stokholmie 20. Z płonicy umarło w Wiedniu 7, w Londynie 25. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 3, w Przemyślu 1, w Tarnowie 1, w Wiedniu 4, w Berlinie 18, we Wrocławiu 9, w Paryżu 29, w Londynie 19, w Chrystyjanii 13, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło w Przemyślu 1, w Londynie 86, w Petersburgu 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,4; we Lwowie 29,6; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 13,7; w Kołomyi 50,7; w Przemyślu 41,1; w Tarnopolu 16,3; w Tarnowie 34,5; w Czerniowcach 29,0; w Warszawie 23,7; w Poznaniu 30,8; w Wiedniu 30,8; w Salcburgu 17,4; w Gracu 25,8; w Tryjeście 25,1; w Insbruku 28,1; w Pradze 35,9; w Bernie 41,2; w Olomuńcu 25 6; w Opawie 23,5; w Berlinie 25,1; we Wrocławiu 37,8; w Gdańsku 22,7; w Dreźnie 18,4; w Hamburgu 28,1; w Kolonii 25,9; w Lipsku 20,9; w Mnichowie 32,5; w Strasburgu 21,8; w Amsterdamie 21,6; w Brukseli 22,5; w Budapeszcie 32,5; w Chrystyjanii 30,7; w Kopenhadze 18,8; w Londynie 19,9; w Odesie 27,7; w Paryżu 21,3; w Petersburgu 27,6; w Stokholmie 27,1; w Wenecyi 19,8.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lipca. C. k. Namiestnictwo rozpisuje konkurs na projekt budowy schroniska dla chłopców fundacyi ks. Lubomirskiego w Krakowie z terminem po koniec listopada r. b. Zakład tych rozmiarów i tego przeznaczenia jak w mowie będący powinien odpowiadać nowoczesnym wymaganiom higijenicznym. słuszną zatém byłoby rzeczą, aby przez *jury* obrany projekt poddany był ocenieniu jakiegoś grona kompetentnych lekarzy, jeżeli to nie stało się już z programem budowy.

* Odsłonięcie pomnika czeskiego fizyjologa, literata, tudzież założyciela i długoletniego kuratora akademickiego „Towarzystwa literacko-słowiańskiego“ w Wrocławiu, profesora Dra Jana Ew Purkyniego, odbędzie się dnia 15 sierpnia r. b. w Libochowicach w Czechach Z obchodem tym połączony jest solenny obiad i wieczorna zabawa. Z Pragi d. 14 sierpnia wyjedzie do Libochowic osobny pociąg, urządzony staraniem akademickiego towarzystwa „Rzip“, które też udziela wszelkich informacyj co do rzeczonéj uroczystości.

* Dnia 19—24 września odbędzie się w Pawii Zjazd lekarzy włoskich według wzoru podobnych zjazdów w Niemczech. Lekarze innych narodowości mogą brać udział w obradach, a zgłoszenia w tym celu przyjmuje przewodniczący komitetu Zjazdu prof. Comillo Golgi w Pawii.

* W Szczawnicy bawiło do d. 31 lipca 1957 osób, w Iwoniczu do d. 21 lipca 1075 (nie zaś 421 osób, jak mylnie podano w Nrze 31 Przeglądu Lek.), do dnia 31 lipca osób 1226, w Cieplicach czeskich do 28 lipca 5324 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Prof. zw. Dr. Fischer, otrzymał tytuł tajnego radcy lekarskiego, prof. nadzw. Dr. Richter zaś tytuł radcy lekarskiego i zamianowany został członkiem kolegijum lekarskiego dla prowincyi śląskiéj. — **Hala.** Prof. nadzw. Dr. Schwartze zamianowany został tajnym radcą lekarskim. — **Londyn.** Dr. Edgar Crookshang został zamianowany profesorem bakteryjologii w Kings College, równocześnie zatwierdziło Ministerstwo nowe plany zakładu bakteryjologicznego powstać mającego. — **Boston.** Pani Church Dr. med., która zwiedzała niejednokrotnie większe kliniki w Europie, została zamianowaną profesorką ginekologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Puławskiego: Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego; Czyrniańskiego: Pompa żołądkowa aspiracyjna; Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 31: Trzebickyego: O gastroenterostomii; Żuławskiego: Sprawozdanie z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1885 (c. d.).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 95.
pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza zdrojowego w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy rozpisuje się niniejszém konkurs. Za wykonywanie czynności połączonych z tą posadą ustanowione jest roczne wynagrodzenie w kwocie 600 zlr. w. a., nadto wolne mieszkanie, pobór 20 metrów sześciennych miękkiego drzewa opałowego, w końcu tantyjema po $1 \frac{1}{2}$ centa od każdéj sprzedanéj flaszki krynickich wód mineralnych.

Ubiegający się o powyższą posadę winni są w drodze właściwéj, t. j. urzędnicy przez swe przełożone władze, lekarze zaś wolnopraktykujący przez c. k. starostwa, względnie przez c. k. Dyrekcyje policyi we Lwowie lub Krakowie wnieść podania najdaléj do 30go Sierpnia 1887 do Prezydyjum c. k. Dyrekcyi dóbr państwowych we Lwowie, dołączając do podania:

1. metrykę urodzenia;
2. dyplom doktora wszech nauk lekarskich, lub dyplomy doktora medycyny i chirurgii i magistra położnictwa;
3. dowód znajomości języka polskiego i niemieckiego w słowie i piśmie i o ile możności języka francuzkiego.

C. k. Dyrekcyja lasów i domen.

Lwów dnia 30 Lipca 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell, pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 13 Sierpnia 1887. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z oddziału dla chorób wewnętrznych Dra O. Widmanna w szpitalu powsz. we Lwowie.

O podskórném wstrzykiwaniu rozczynów soli kuchennéj w osłabieniu mięśnia sercowego.

(Podług wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiém we Lwowie dnia 25 czerwca 1887 r.)

przez **Dra Leona Rosenbuscha**,
sekundaryjusza tegoż oddziału.

Znaczna ilość polecanych środków podniecających utrudnia wybór pomiędzy niemi. Główną wadą większéj części tych leków jest tylko przejściowe ich działanie. Wymagać musimy od środka podniecającego, aby działał szybko i działanie to przez pewien dłuższy przeciąg czasu zachować zdołał, daléj aby zastosowanie środka nie było trudném i w razie potrzeby bez przykrych skutków powtarzaném być mogło. W praktyce szpitalnéj wchodzi jeszcze w rachubę i cena środka leczniczego.

Szybko działać mające środki jak eter, piżmo, kamfora i t. p., działanie swe podniecające rozpościerają niestety na krótki tylko czas, środki zaś dłużéj działające, do których w pierwszym rzędzie należą środki odżywcze, od czasu swego wprowadzenia do ustroju aż do rozpoczęcia działania, zbyt długiego wymagają czasu. Chcąc téj stracie czasu zapobiedz, wprowadzamy środki czysto podniecające i środki podniecające odżywcze drogą podskórnego wstrzykiwania w krążenie, nienarażone na wpływy soków trawiących i na powolne wchłanianie.

Sposób wprowadzania leków w krążenie krótszą drogą nie jest nowym, gdyż jako przetaczanie (transfuzyja) stosowano go już bardzo wcześnie. Kiedy w nowszych czasach stwierdzono, że rozczyny soli kuchennéj z małym dodatkiem ługu potasowego zupełnie zastąpić mogą krew dawniéj używaną, stale odtąd rozczynów tych używano.

Przetaczanie, czy to krwi, czy rozczynu soli kuchennéj, jest rękoczynem wymagającym dość znacznego aparatu, pewnéj biegłości operującego i pewnego czasu, a więc rękoczynem w ogóle z dość znacznym zachodem połączonym a i dla chorego nieobojętnym, szczególnie gdy zajdzie potrzeba powtórzenia zabiegu. Chcąc zabieg ten uprościć, próbował Cantani (*Die Cholera-Behandlung mittelst Hypodermo- et Enteroklyse, während der Epidemie von 1884 in Italien. Uebersetzt von M. O. Fränkel. Leipzig* 1887), czyby nie można zastąpić przetaczania wstrzykiwaniem podskórném znacznéj ilości płynu sól kuchenną zawierającego. Gdy doświadczenia pod tym względem przez niego w cholerze poczynione, dodatnie dały wyniki, gorąco polecił te wstrzykiwania w cholerze w połączeniu z t. z. „Enteroklyzą.“

Rozczyn przez niego polecany składa się z 4 grm. soli kuchennéj i 3 grm. węglanu sodowego na 1000 grm. wody przekroplonéj. Rozczynu takiego wstrzykiwał podskórnie w okolicę kiszki ślepéj 500—1000—1500 grm. Przed stosowaniem winien być rozczyn ten sterylizowanym przez zagotowanie, a w czasie wstrzykiwania ciepłota jego powinna wynosić 39—40° C. Metody téj, któréj Cantani dał miano „Hypodermoklyzy,“ używali już poprzednio Samuel (*Die subcutane Injection als Behandlungsmethode der Cholera. Deutsche med. Wochenschrift* 1883, 14 Nov., 46, 667) i Michael (*Die subcutane Injection als Behandlungsmethode der Cholera. Deutsche med. Wochenschrift* 18 Sept. 1883 et 13 Dez. 1883) również w przebiegu cholery.

Stwierdziwszy dodatnie wyniki tego lekowania na kilku przypadkach znacznéj utraty soków, powstałéj jużto przez silną biegunkę i wymioty jużtéż przez krwotoki, i przyjąwszy, że działanie rozczynów soli kuchennéj jest dwojakie, t. j. odosobniwszy działanie wstrzykniętego płynu od działania podniecającego soli kuchennéj, począłem wstrzykiwać rozczyny téjże podskórnie w przypadkach osłabionéj czynności serca. Wstrzykiwania te uskuteczniałem w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego od początku choroby istnieją-

cego lub téż nagle powstałego w postaci objawów zapadu a połączonego z utratą soków lub téż bez téjże, przypisując rozczynom soli kuchennéj tak podniecające jak i odżywcze działanie na mięsień sercowy.

Bliższe zastanowienie się nad działaniem wstrzykniętych rozczynów soli kuchennéj, wykazuje większą dzielność rozczynów o znaczném rozcieńczeniu dla pewnych, większą zaś dzielność rozczynów zgęszczonych dla innych spraw chorobowych.

Zastanówmy się nad działaniem wstrzykniętego rozczynu soli kuchennéj: rozczyny te, wstrzyknięte w tkankę podskórną, dostają się drogą naczyń limfatycznych i sieci naczyń włosowatych do krążenia żylnego i przejściowo przepełnić je mogą. Przepełnienie to krążenia żylnego będzie wtedy tylko chwilowém, jeżeli istnieje jeszcze dostateczna siła popędowa względnie ssąca serca; gdzie zaś upośledzenie téjże już jest znaczniejsze, gdzie istnieje już przepełnienie krążenia żylnego, tam wstrzykiwanie znacznéj ilości płynu czy do żył wprost, czy też w tkankę podskórną, przyczyni się do powstania nowych oporów dla mięśnia sercowego, które wzrastać będą w stosunku prostym do ilości wprowadzonego płynu. Ztąd wniosek: w niedokrewności, po znacznych utratach krwi, daléj w osłabieniu, w skutek utraty znacznéj ilości płynów przez biegunkę i wymioty, należy używać rozczynów o małym zasobie części stałych a wstrzykiwać o ile możności jak najwięcéj płynu, tam téż kusić się należy, gdy istnieje *periculum in mora*, o wstrzykiwanie wprost do żyły. Przeciwnie, w osłabieniu mięśnia sercowego w nagle powstałych zapadach w skutek wysokiéj ciepłoty, zwyrodnienia mięśnia lub nadmiernéj pracy tegoż, należy używać rozczynów bardziéj zgęszczonych a wstrzykiwania w miarę potrzeby, powtarzać w kilkogodzinnych odstępach. Do tego drugiego wskazania odnosiły się właśnie przeważnie przypadki, które będę niżéj omawiał. Wstrzykiwałem zatém rozczyny o wiele silniéj zgęszczone niż ów, którego Cantani w cholerze używał, natomiast stosowałem tylko 10—40 gramów podskórnie. Rozczyn przezemnie używany miał skład: *Rp. Natrii chlorati* 18,00, *Aq. dest.* 300,00 *Liq. Kalii caust. guttam unum. Filtra dein coque per minutas quinque. S. s. n.* albo: *Rp. Natrii chlorati* 9,00, *Natrii carbonici* 1,00, *Aq. dest.* 300,00, *Filtra dein coque* itd. *S. s. n.* Często powtarzane doświadczenia bardzo dobre dawały wyniki. Tém zachęcony, poprzedziłem i w przypadkach wybitnie do transfuzyi się kwalifikujących, wprowadzanie znacznéj ilości sterylizowanego i ogrzanego płynu, podniecającém działaniem rozczynów stężonych starając się przed wprowadzeniem znacznéj ilości płynu do krążenia, a zatém przed stworzeniem znacznych oporów dla pracy serca, mięsień sercowy podniecić i wzmocnić.

Sposób stosowania jest nadzwyczaj prosty. Zgęszczone rozczyny wstrzykiwałem za pomocą strzykawki Pravaza 5grm. płynu zawierającéj, gdziekolwiekbądź w tkankę podskórną, po 5—20 grm. w jedno i to samo miejsce. Wybór miejsca przy tych wstrzykiwaniach małych ilości jest obojętnym, gdyż wessanie wszędzie bardzo rychło następuje i po 3—5 minutach znika już wyniosłość powstała przez płyn wstrzyknięty. Większe ilości płynu, mające zastąpić transfuzyję, wstrzykiwałem w skórę okolicy kiszki ślepéj, t. j. w miejsce przez Cantaniego polecone, używając do tego przyrządu składającego się z naczynia szklannego zaopatrzonego podziałką i owiniętego w ogrzaną flanelę, i z cewki elastycznéj płyn odwodzącéj a zakończonéj dość dużą igłą Pravaza [1]). Jestto przyrząd bardzo zbliżony do pierwotnie przez Cantaniego podanego. Poziom płynu obciążyłem tłokiem połączonym z krążkiem, na którym dowolnie ciążki ustawiając, parcie zmieniać mogłem.

Bacząc na dokładne odrażanie wszelkich używanych przyrządów a przedewszystkiém na czystość igieł, które najlepiéj utrzymywać w 5% glycerynie karbolowéj, nie potrzeba się obawiać następstw nieprzyjemnych, pomijając uczucie pieczenia, które po wstrzyknięciu rozczynów zgęszczonych utrzymuje się jeszcze niekiedy kilka godzin po zabiegu. Czasem towarzyszy mu także lekkie zaczerwienienie skóry, jeżeli zastrzyknięcie zbyt płytko uskuteczniono. Ropień w miejscu zastrzykiwania nigdy nie powstał.

20—30 grm. 6% NaCl wywołuje już w 3—5 minut po zabiegu zwolnienie i znaczniejsze napięcie tętna. Na obrazku sfygmograficznym już po pierwszych pięciu minutach zdjętym, zauważyć można zmniejszenie się fali odrzutowéj i zmiany wyżéj wspomniane. Działanie to stopniuje się aż do 30 minut po zastrzyknięciu, poczém częstokroć utrzymuje się jeszcze kilka do kilkunastu godzin. W wielu przypadkach, gdzie wśród konania tętna już zupełnie nie było można wymacać, udało się po zastrzyknięciu 20—30 grm. 6% NaCl odtworzyć tętno na płytce sfygmografu i wykazać stopniowe powiększanie się napięcia w przeciągu pewnego czasu.

W znaczném osłabieniu mięśnia sercowego stosowałom zazwyczaj naraz 30 grm. 6% rozczynu = 1·80 NaCl a działanie tychże podtrzymywałem raz lub dwa razy dzienie stosowanemi dawkami pięciogramowemi. (Dok. nast.)

II. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Przyczynek do prób życia noworodka.

Podał

Dr. Stanisław Szczepan Zaleski.

Asystent Instytutu farmakologicznego Uniwersytetu i Docent Instytutu weterynaryjnego w Dorpacie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Na podstawie wyżéj przytoczonych doświadczeń i ich wyników wydaje się zupełnie usprawiedliwionem twierdzenie, że z ilości żelaza w płucach można wysnuwać wnioski co do oddychania tychże, albo inaczéj mówiąc, co do wewnątrz- lub zewnątrzmacicznego życia danéj osoby. Twierdzenie to nadto zasługuje na więcéj szczegółowe, wszechstronne i wyczerpujące sprawdzenie i opracowanie, przyczém jednak rozstrzygać mogą tylko większe liczby spostrzeżeń. Oprócz tego badania rozciągać się winny tak na fizyjologiczne jak i patologiczne stany płuc i gdzie się tylko okaże możliwém i potrzebném, powinny być stwierdzone odpowiedniém doświadczeniem.

Jednakże z czysto teoretycznego punktu widzenia można już *a priori* to i owo zarzucić zalecanéj obecnie metodzie, mianowicie:

1. Że całe rzeczone postępowanie odznacza się zbytnią drobiazgowością i przedstawia wiele zachodu, który z trudnością przyjdzie pokonać każdemu sądowemu lekarzowi o zwykłych wiadomościach ze sfery praktycznéj chemii. Za-

---

[1]) Ponieważ igły zwykłe często się zatykają i rdzewieją, używałem igieł z drutu stalowego wierconych i złoconych, które łatwo czyścić się dają i nie tak łatwo rdzewieją.

rzut ten jednak upada, jeżeli uwzględnimy, że zarówno spopielenie organu, jak i oznaczenie w niém żelaza powierzoném być może chemikowi z zawodu, po poprzedniém wykonaniu przez sądowego lekarza t. zw. hydrostatycznéj próby z podwiązanemi płucami i po zbadaniu ich co do obecności lub braku marmurkowania. Przy chemiczném badaniu trzymać się oczywiście należy powyżéj opisanego schematu, przyczém nawet w drobnych szczegółach nigdy się nie okaże zbyteczną wszelka akuratność w pracy. Zresztą nie zdaje się znów przedstawiać zbytnich trudności wyćwiczenie każdego sądowego lekarza, chociażby nawet nie był chemikiem z powołania, w wykonywanie zalecanéj przez nas metody, zwłaszcza że w każdym pojedyńczym przypadku całe postępowanie stereotypowo się powtarza, bez wszelkiego zboczenia, bez żadnéj potrzeby uciekania się do innych specyjalnych metod chemicznego oznaczania.

2. Chociaż różnice pomiędzy ilościami żelaza płuc w czasie wewnątrz- i zewnątrzmacicznego życia bezwarunkowo są widoczne, jak z podanéj tablicy wypływa, to jednak nie są one do tego stopnia wybitne i namacalne, żeby się można było uchylić od ścisłego i sumiennego wykonywania podanego postępowania i obliczania rozbiorów. Ażeby się od podobnego zarzutu uchronić, należy wykonywanie całéj metody powierzyć lekarzom bezwarunkowo pewnym i doświadczonym, na których polegać można i o których wiadomo, że się poprzednio w oznaczanie żelaza w organach należycie wprawili. Winni oni nadto mieć na uwadze, żeby i ogólne przepisy chemii ściśle zastosowane zostały, jakoto: przeznaczenie na spopielenie możliwie największych ilości istot, szczególniéj dokładne oznaczenie ilości suchéj istoty, unikanie wszelkiéj przypadkowéj przymieszki żelaza (np. żelaznych podstaw, szczypczyków, żelazo zawierających odczynników itp.) i wreszcie ustanawianie niezbyt wysokiego titru kameleonu.

Osobne badania i oznaczania żelaza przekonały mnie wielokrotnie, że otrzymywane w takich przypadkach różnice leżą bezwarunkowo poza granicami t. zw. błędów ze spostrzeżeń. Wolumetryczny rozbiór sam przez się, a zwłaszcza gdy chodzi o żelazo, jest w zasadzie zawsze dla małych ilości więcéj odpowiednim, aniżeli rozbiór przez ważenie, odznacza się on bowiem, obok czystości w wykonaniu, wszelką precyzyją oznaczeń nawet dla subtelnych ilości. Specyjalnie przy oznaczaniu żelaza t. zw. błąd ze spostrzeżeń sprowadzić się przytém daje *ad minimum*; z téj zatém strony nie ma chyba żadnych poważnych obaw co do tego, aby na „próbie płuc na żelazo“ nie można było polegać.

3. Nie jest niemożliwém przypuszczenie, że indywidualne stosunki każdego zarówno wewnątrz- jak i zewnątrzmacicznie żyjącego ustroju wpływać mogą na różnicę procentowych ilości żelaza w jego płucach. Ostatecznego rozstrzygnięcia tego przypuszczenia mógą dostarczyć, jak już powiedziano, li tylko wszechstronne i wyczerpujące badania co do wszelakiego rodzaju płuc jak najliczniejszych noworodków. Tymczasowo niechaj mi wolno będzie zauważyć, że na podstawie moich własnych częściowo już ogłoszonych, spostrzeżeń (St. Szcz. Zaleski: *Das Eisen der Leber. Zeitschr. f. phys. Chem.* X str. 453. Także: „Poszukiwania nad wątrobą“. Pam. Tow. lek. warsz., 1886, i Gaz. lek., 1886), istnieją w saméj rzeczy organy, w których ilość żelaza może niekiedy ulegać bardzo znacznym wahaniom, nawet u zwierząt tego samego gatunku i pochodzenia. W liczbie tych organów wymienić należy przedewszystkiém wątrobę, a następnie śledzionę. Wszystko to jednak są organy, należące do grupy t. zw. krwiotwórczych; wypływa więc z natury rzeczy, że żelazo musi w nich ulegać rozmaitym wahaniom, stosownie do stopnia odżywiania i ogólnego stanu ustroju, jak również do własności jego krwi. Bezzasadném jest coś podobnego i dla płuc przyjmować, ponieważ w organie tym nie ma wcale miejsca żadna zgoła wymiana istot wpływających bezpośrednio na tworzenie się krwi i ponieważ wszystka dopływająca doń krew służy prawie wyłącznie do wymiany gazów organizmu, a tylko nieznaczna jéj część przeznaczoną jest do tego, żeby odżywiać sam organ. Odżywianie to odbywa się i tu na zwykłych prawach odżywiania tkanek w ogóle, przyczém dopływa krew tętnicza a odpływa krew żylna; że żelazo nie gra przytém żadnéj zgoła roli, albo tylko bardzo ograniczoną, wypływa to z porównania bardzo mało tylko od siebie się różniących ilości żelaza krwi tętniczéj i żylnéj.

Zresztą przytoczona tablica potwierdza w zupełności nasze przypuszczenia, ponieważ zawarte w niéj wybitniejsze różnice co do ilości żelaza zależą li tylko z jednéj strony od zewnątrz- i wewnątrzmacicznego życia, z drugiéj, od stanu zupełnéj dojrzałości ustroju i pierwszych objawów jego życia poza macicą.

4. Istnieją pewne chorobowe sprawy, w których własności krwi i zarazem ilości w niéj żelaza mogą być do tego stopnia zmienione, że liczby, otrzymane dla płuc i od obecności w tychże krwi zależne, nie są w stanie dać żadnych pewnych wskazówek co do tego, czy noworodek martwym, czy téż żywym na świat przyszedł. Owe zmienione i od normy odstępujące ilości żelaza we krwi zawisłe być mogą z jednéj strony od chorobowych spraw organizmu matki, z drugiéj, od podobnych spraw płodu, wzgl. noworodka.

O ilościach żelaza we krwi w rozmaitych stanach chorobowych w ogóle i stosunkowo bardzo nie wiele wiadomo. Z badań Becquerela i Rodiera (*Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.* Paris, 1844 i *Gaz. méd. de Paris*, 1844), Subbotina (*Zeitschrift f. Biologie*, 1871, T. VII, str. 185), Quinckego (*Arch. f. path. Anat.*, T. LIV, str. 537) i innych, wypływa, że we wszystkich stanach anemicznych i leukemicznych ilości żelaza we krwi wielce są zmniejszone. Świeżo udało mi się dowieść tego samego i dla t. zw. plamicy Werlhofa (*Morb. mac. Werlhofii.* St. Szcz. Zaleski: *Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol.*, 1887, XXIII str. 77). Z innych stanów patologicznych, w których ilości żelaza we krwi bywają powiększone, wymienić należy cukromocz, jak to wynika z badań C. Schmidta (*Charakteristik d. epid. Cholera.* Leipzig, Dorpat u. Mitau, 1850) i moich własnych (Przegląd Lek., 1885 i *Arch. f. path. Anat.*, T. CIV).

Zdarza się często, że dzieci giną z powodu kiły już podczas wewnątrzmacicznego życia. Największa bezwątpienia część odnośnych sądowolekarskich przypadków należy do téj kategoryi *Lues congenita.* Jak się w podonych razach rzecz przedstawia z ilościami żelaza we krwi, nic dotąd, o ile mi wiadomo, w téj mierze nie jest znaném. Pożądaném byłoby nietylko ze względu na „próbę płuc na żelazo“, lecz zarazem i na sam wspomniany proces chorobowy, przedsięwziąć odpowiednie oznaczenia żelaza, żeby wypełnić co najprędzéj ową lukę ogólnéj patologii.

Uwzględnić również należy i rzadkie przypadki, w których w skutek wrodzonego zwężenia naczyń a zwłaszcza tętnicy płucnéj płuca noworodka mniéj krwi otrzymują niż w stanach prawidłowych. Możliwém jest jednak, że w przypadkach tego rodzaju serce silniéj pracuje, ażeby przez to

sprowadzać ilości krwi, dopływającéj do płuc noworodka do pewnego stałego poziomu.

Mniéj wpływu, zdaniem mojém, wywierać mogą na pewność i praktyczne zastósowanie „próby płuc na żelazo“ ściśle umiejscowione sprawy chorobowe, bez wyłączenia z pod tego prawidła nawet zmian chorobowych w samym miąższu płuc. Widocznem się to zresztą staje przy baczniejszém rozważeniu VII przypadku, niestety raz tylko przez nas spostrzeganego.

I w tych razach zarówno jak i przy roztrząsaniu całéj w mowie będącéj kwestyi, rozstrzygać mogą tylko wielkie liczby spostrzeżeń. Jeżeliby nawet pewność „próby płuc na żelazo“ silnie przez nie zachwianą została, to w każdym razie podjęte usiłowania nie okażą się bezowocnemi dla pewnych działów ogólnéj patologii.

5. Ciężki i trudny do odparcia zarzut przeciwko naszéj próbie stanowią te przypadki, w których z powodu zaniedbanego podwiązania sznurka pępkowego podczas porodu i po porodzie następują znaczne utraty krwi. Rozumie się, że w skutek tego i ilość krwi w płucach może być niekiedy nawet bardzo zmniejszoną, a jeżeli płuca podobne dostaną się do rąk sądowego lekarza, to wykryte w nich ilości żelaza z konieczności okażą się mniejszemi, aniżeliby to miało miejsce przed utratą krwi. Na szczęście przypadki tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko i mogą być zazwyczaj łatwo stwierdzone przez zbadanie pępowiny, zarówno jak i przez anamnezę. Jeżeli mamy do czynienia z takim przypadkiem, to nie należy wtedy oczywiście polegać na wynikach „próby płuc na żelazo“.

Istnieją jednak również i podstawy, które także *a priori* silnie zalecają wprowadzenie i praktyczne zastósowanie omawianéj próby. Pomijając to, że punkt jéj wyjścia stanowi bezwarunkowo racyjonalne przypuszczenie, że przez wprowadzenie i nadanie rozstrzygającego głosu liczbom usuniętą zostaje wszelka subjektywność w ocenianiu faktów, że wreszcie wyżéj przytoczone wyniki naszych oznaczeń nie mogą jak tylko ją silnie zalecać, należy jeszcze mieć na uwadze, co następuje.

1. W przypadkach, w których płuca są zgniłe, tak że ich nie podobna badać zwykłą, dotąd używaną drogą, ilość żelaza w nich pozostaje zawsze jedną i tą samą; dla tego też płuca takie mogą być zawsze jeszcze badane na ilość żelaza, którą należy zawsze wyrażać w procentach, w stosunku do suchéj istoty płuc.

2. Zdarzały się już, albo też zdarzyć się jeszcze mogą w sądowolekarskiéj kazuistyce przypadki, w których przy zastósowaniu wszelkich dotąd używanych środków badania, żadną miarą nic pozytywnego orzec nie można, jak to ma np. miejsce z gotowanemi płucami, albo też z przechowanemi w wyskoku. I w tego rodzaju przypadkach zawsze się jeszcze udać może wykonanie „próby płuc na żelazo“, przyczém należy także otrzymane ilości wyrazić w odsetkach i sprowadzić je na suchą istotę.

3. Ponieważ ilość żelaza w płucach pozostaje zawsze jedną i tą samą, bez względu na ich gnicie albo też przechowywanie w wolnych od żelaza środkach konserwujących, można więc w wątpliwych przypadkach, w których narząd zbadany już został na innéj drodze, przesłać go następnie wyższéj instancyi dla skontrolowania rezultatów za pomocą „próby płuc na żelazo“. W przypadkach ekshumacyi może rzeczona próba oddać także niekiedy pewne usługi.

4. Jeżeliby nawet bezwzględna wartość zalecanéj metody obaloną została przez dalsze badania, to w każdym razie może ta metoda utrzymać jeszcze swoją wartość względną i służyć jako środek pomocniczy dla innych metod badania.

5. W przypadkach, w których wykonywano t. zw. wahania Schultzego, albo też zastosowywano inne metody sztucznego oddychania, przez co wyniki próby płucnéj na pływanie mogą się stać wątpliwe, być bardzo może, że „próba płuc na żelazo“ nie okazałaby się w swém praktyczném zastósowaniu bezowocną. Przypuszczenie to zdaje się jeszcze więcéj zyskiwać na prawdopodobieństwie, jeżeli wziąć pod uwagę wyniki IV. z wyżéj przytoczonych ośmiu przypadków.

Na niepewność t. zw. próby płuc na pływanie pod wpływem wahań Schultzego zwrócił, jak wiadomo, pierwszy Runge (*Luft in den Lungen todtgeborener Kinder. Berl. kl. Woch.*, 1882, Nr. 18 i *Charité Ann.* VIII, str. 687) uwagę. Pomimo, że zarzuty Rungego gorliwie odpierane bywały przez taką powagę jak E. v. Hofmann (*Lehrb. d. ger. Med.* IIIcie wyd. str. 704 i *Über den Effect der sog. Schultze'schen Schwingungen* itd. *Wien. med. Bl.*, 1884, Nr. 34, także: *Weiteres über den Effect Schultze'scher Schwingungen und analoger Vorgänge. Wittelshöfers Wr. Med. Woch*, 1885, Nr. 10), dalsze badania tegoż Rungego (*Die Stichhaltigkeit der Lungenprobe. Eulenberg's Vierteljschr. f. ger. Med. u. öff. Sanitätsw.*, N. F. XLII, 1) i jego ucznia Sommera (*Ein neuer Beitrag zur Stichhaltigkeit der Lungenschwimmprobe.* Tamże XLIII, 2) zarówno jak i Schauty (*Experimentelle Studien über den Effect der Schultze'schen Schwingungen* itd. *Wien. med. Bl.*, 1884, Nr. 29 i 30) wykazały niewątpliwie, że obawy co do pewności hydrostatycznéj próby pod wpływem wahań Schultzego nie są bynajmniéj płonne.

Ze względu na pewność i praktyczne zastósowanie w mowie będącéj „próby płuc na żelazo“ w przypadkach tego rodzaju, ważnémby było przedewszystkiém rozstrzygnięcie pytania, czy przez zastosowanie wahań Schultzego na obumarłym noworodku li tylko powietrze przenika do zrazików płuc tegoż, czy też równocześnie i krwi się trochę dostaje z serca, przez tętnicę płucną do naczyń włosowatych małego krwiobiegu. Wnosząc z komunikatu Kraskego na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, zdaje się żadnéj nie ulegać wątpliwości, że przez sztuczne na dorosłych osobach podjęte oddychanie nietylko powietrze do zrazików płucnych się dostaje, ale także i krew równocześnie wypieraną bywa do naczyń włosowatych płuc. Do wniosku takiego przyszedł Kraske, wprowadzając do żyły szyjnéj trupów nierozpuszczalny barwik i znajdując go następnie, po wykonaniu sztucznego oddychania, nietylko w naczyniach płuc, lecz nawet w tętnicy udowéj. Doświadczenia tego rodzaju należałoby także przedsięwziąć i na martwo urodzonych noworodkach. W razie, jeżeli mały krwiobieg jest u tych ostatnich już zupełnie rozwinięty, to i tu musiałby się także rzeczony barwik w naczyniach włosowatych płuc znaleźć. Wtedy byłoby, rzecz naturalna, jednocześnie rozstrzygniętém, że wahania Schultzego czynią i „próbę płuc na żelazo“ wątpliwą. Gdyby się jednak coś wręcz przeciwnego wykazać dało, a mianowicie niemożliwość przeniknięcia barwika do płuc, to należałoby wtedy „próbie płuc na żelazo“ przyznać wszelkie prawa, nawet w razie zastosowywania wahań Schultzego. Z powodu braku odpowiedniego materyjału nie byłem dotąd w stanie wykonać odnośnych doświadczeń.

Wszystko, co dotąd powyżéj przytoczono, zdaje się w zupełności usprawiedliwiać nasze przekonanie, że dalsze

więcéj wyczerpujące opracowanie wskazanéj przez nas metody jest bezwarunkowo wskazane i godne podjętego trudu. Gdyby dalsze badania wykazać miały, że zalecana „próba na żelazo", pomimo jéj racyjonalnéj podstawy, nie jest do zastósowania w praktyce, tak jak to mniéj lub więcéj miało miejsce z próbą Ploucqueta, to, pozostawiając na boku przypadki chorobowe, byłoby to nie inaczéj możliwe, jak tylko przy jednoczesném wysunięciu na pierwszy plan innego ważnego, lecz dotąd, o ile mi wiadomo, doświadczalnie jeszcze nie stwierdzonego faktu fizyjologicznego, mianowicie że mały krwiobieg nie powstaje naraz, z zaczątkiem zewnątrzmacicznego życia, lecz rozwija się powoli jeszcze wtedy gdy płód wewnątrz organizmu matki pozostaje. Być może, że udałoby się na téj drodze wykazać także, w jakim stosunku pozostaje ilość krwi małego krwiobiegu do odpowiedniéj ilości krwi, służącéj do odżywiania płuc i dostającéj się do tych ostatnich przez tętnice oskrzelowe.

Tak lub inaczéj, do wniosków jakichkolwiek dalsze badania doprowadzić muszą bezwarunkowo: jeżeli się okaże, że „próba płuc na żelazo" daje się w praktyce zastósować, to w takim razie medycyna sądowa pozyska ważny środek rozstrzygający w wątpliwych przypadkach, tyczących się życia noworodków; jeżeli jednak okaże się przeciwnie, t. j. że wartość całéj próby jest wątpliwą, albo żadną, to w takim razie wysuwa się naprzód jedna z najważniejszych, czysto naukowych, fizyjologicznych kwestyj, mianowicie że mały krwiobieg rozwija się już podczas życia wewnątrzmacicznego.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dr. Frankel i Dr. Saenger: **Poszukiwania nad etyjologiją zapalenia wsierdzia** (*endocarditis*).

Od czasu, gdy Orth (opierając się przeważnie na doświadczeniach Wyssokowitscha a następnie i swoich) wypowiedział w swoim archiwie i podręczniku zdanie, że nie we wszystkich przypadkach zap. wsierdzia mógł wykazać mikroorganizmy, zdawało się, że zdanie Klebsa i Köstera, zdaniu Ortha zupełnie przeciwne, straciło nieco na znaczeniu. F. i S. mając do dyspozycyi znaczny materyjał w szpitalu powszechnym w Hamburgu, postanowili zająć się tą kwestyją, a na podstawie ścisłych badań, odpowiadających nowoczesnéj nauce o pasorzytach, jakoteż i na podstawie doświadczeń przyszli do pewnych wyników, z których niżéj krótkie sprawozdanie zdać zamierzamy.

Od lutego 1886 mieli obaj autorowie sposobność badać pod względem bakteryjologicznym 13cie przypadków zap. wsierdzia, a przy badaniach swoich oprócz zmian na wsierdziu zawsze zwracali nadto uwagę na inne zmiany anatomiczne na trupie znalezione. W każdym nadarzającym się przypadku badano preparaty wprost na pasorzyty, a obok tego robiono rozmaite ich hodowle; po otrzymaniu tychże robiono wstrzykiwania królikom, morskim świnkom i myszom białym jużto podskórne, jużto w brzuch lub płuca, a wynik ich był następujący:

I. Przypadek. Rozpoznanie anatomiczne: *Typhus abdominalis, tuberculosis pulmonum, endocarditis verrucosa mitralis.* Udało się otrzymać: *a*) biały *coccus* niepatogeniczny, *b*) żółty *coccus* niepatogeniczny. Miejsca bowiem, w których zwierzętom wstrzykiwano kokki w kolonijach otrzymane, nie okazywały żadnéj zmiany ani reakcyi, a zwierzęta same nie uległy żadnym zmianom.

II. *Osteomyelitis acuta tibiae dextrae. Endocarditis ulcerosa.* Wykazano: *a*) *staphylococcus pyogenes flavus Rosenbachi*, *b*) *staphyloc. pyogenes albus Rosenbachi.*

III. *Gangraena digitorum, abscessus in pulmone, endocarditis verrucosa.* W brodawkowatych wyroślach napotkanych w przedsionku lewym wykazano wprost kokki w kupkach ułożone, a hodowle i doświadczenia wykazały: *a*) *staphylococcus pyogenes flavus Rosenbachi*, *b*) biały niepatogeniczny *coccus* identyczny z I *a*).

IV. *Phthisis pulmonum. Endocarditis verrucosa.* Preparaty robione i hodowle dają wynik ujemny, nic nie wykazano.

V. *Endocarditis verrucosa*, w naroślach na zastawkach kokków nie wykazano, ale za to udało się je otrzymać w przerzutach w nerce i z nich otrzymać i wykazać: *a*) *staphylococcus pyogenes flavus Rosenbachi*, *b*) prątki nieruchome bardzo szybko na ziemniaku cuchnienie wywołujące, *c*) *staphylococcus cereus albus Passet.*

VI. *Trombophlebitis venae saphenae et femoralis. Endocarditis mitralis*, znaleziono: *a*) *staphylococcus pyogenes flavus Rosenbachi*, *b*) *staphylococcus cereus albus Passet.*

VII. *Endocarditis verrucosa*, wprost w preparatach nic nie napotkano, w hodowlach nieruchome prątki identyczne z V *b*).

VIII. *Endocarditis verrucosa recurrens*: *a*) *bacillus pyogenes foetidus Passet*, *b*) *staphylococcus flavus non pyogenes.*

IX. *Endocarditis acuta verrucosa post polyartritidem rheumat.*, nie udało się nic otrzymać.

X. *Endocarditis verrucosa acuta post rheum. artic.*, żadnych mikroorganizmów.

XI. Zropiałe *sarcoma* z jajnika lewego wychodzące. *Endocarditis verrucosa*: *a*) *staphyloc. pyogenes flavus Rosenbachi.*

XII. *Endocard. verr. acuta post. rheumat. artic.* znaleziono: *a*) *staphyloc. pyogenes flavus Rosenbachi*, *b*) *staphyloc. pyogenes albus Rosenb.*

XIII. *Phthisis pulmonum, endocarditis verrucosa*: *a*) *staphyl. pyog. flavus Rosenb.*, *b*) *staphyl. pyog. albus Rosenb.*

Na podstawie tych wyników wysnuwają F. i S. dla zapalenia wsierdzia następujące wnioski:

I. Właściwego mikroorganizmu specyficznego nie udało się im wykazać, bo znaleziono z patogenicznych schyzomycetów

a) *Staphyloc. pyog. flavus Rosenbachi*	7 razy
b) *Staphyl. pyog. albus* „ „	3 razy
c) *Staphyl. cereus albus Passet*	2 razy
d) *Staphyl. non pyogenes flavus*	1 raz
e) *Bacillus pyogenes foetidus Passet*	1 raz
f) *Bacillus foetidus* nieruchomy	2 razy

z niepatogenicznych znaleziono dwa gatunki kokków.

A więc najczęstszym był *staphylococcus pyogenes flavus* i *albus Rosenbachi.* Te pasorzyty wykazali już dawniéj Weichselbaum i Wyssokowitsch, pierwszy przy brodawkowatéj formie zapalenia wsierdzia, drugi przy wrzodziejącéj. Ponieważ Ribbert podaje, że mógł na zwierzętach za pomocą tych pasorzytów sztucznie zap. wsierdzia wywołać, starali się F. i S. nie tylko te same doświadczenia powtórzyć, co im się rzeczywiście udało i to ze skutkiem dodatnim, ale nadto badali pod tym względem i resztę otrzymanych w ich poszukiwaniach mikroorganizmów. Przez wstrzyknięcie do żyły usznéj królika, prątków oznaczonych w przypadku V pod *b*)

wywołali u jednego rozsiane *myocarditis* polegające na licznych zatorach prątkowych w naczyniach włosowatych mięśnia sercowego, u innych trzech ziarniste, już gołém okiem spostrzedz się dające warstewki na zastawkach tętnicy głównéj, w skład których wchodził śródbłonek i nasz prątek wyraźnie wykazać się dający. Za pomocą *bacillus pyogenes foetidus Passet* wywołano u jednego królika *endocarditis mitralis* a drugiego *endarteriitis ulcerosa* z infarktami w płucu, sercu i nerkach, zawierającemi tego prątka.

II. Jest już znanych dotychczas pięć patogenicznych pasorzytów, za pomocą których można sztucznie zap. wsierdzia wywołać a to *staphylococcus pyogenes flavus Rosenbachi*, *staphyl. pyogen. albus Rosenb.*, *streptococcus pyogenes*, *bacillus pyogenes foetidus Passet*, i piąty krotki prątek nieruchomy.

III. Żywotność ich jest długa, gdyż znaleziono je nieraz na dawnych produktach anatomicznych pozapalnych wsierdzia, a na téj podstawie będzie można wytłumaczyć nie rzadko występującą formę zapalenia wsierdzia powrotnego (*endocarditis recurrens Virchow*), polegającą na odrodzeniu się jeszcze istniejących a zdolnych do życia pasorzytów. Ten fakt, że w trzech przypadkach (IV, IX i Xtym) nie znaleziono nic, tak żeby można na téj podstawie wytłumaczyć: pasorzyty w nich wymarły.

IV. Zarówno forma wrzodziejąca (*endoc. ulcerosa*) jak i brodawkowata (*verrucosa*) jest natury pasorzytnéj témbardziéj, że powszechnie wiadomo, iż nieznalezienie pasorzyta niekoniecznie przeciwko jego nieistnieniu przemawia.

V. Nie ma potrzeby pod względem etyjologicznym obu tych form od siebie oddzielać, tém bardziéj, że w obydwu formach zarówno im jak i Weichselbaumowi, a przed nim jeszcze Wyssokowitschowi udało się wykazać *staphylococcus pyog. flavus Rosenbachi*.

VI. Bardzo często można wykazać w przypadkach zap. wsierdzia rozległe ropienie w organizmie. Z tych 13stu, w 7miu je napotkano (a to *phthisis pulmonum* dwa razy, *osteomyelitis acuta*, *sepsis*, *abscessus pulmonum*, *tromboplebitis suppurativa*, *sarcoma ovarii sin. suppur.*) Na ten związek przyczynowy wskazywali już inni badacze jak Netter i Martha, a niedawno temu Lancereaux (w rozprawie: *Deux cas d'endocardite végétante ulcéreuse ayant pour origine de suppuration des organes genito-urinaires*). Z tego, że w produktach zapalnych znaleziono kokki ropne wynika daléj,

VII. Że pasorzyty z zewnątrz dostają się do obiegu krwi, a ztąd dostają się na miejsca, w których usadowić im się najkorzystniéj. Radzą więc F. i S. dla tego w każdym przypadku zap. wsierdzia starać się wyszukać ub wykazać ropienie, a w danym razie je usunąć lub dalszemu rozwijaniu się jego przeciwdziałać. (*Archiv. für patol. Anat. und Phys.* Virchowa, tom 108, zeszyt II). *H. K.*

Medycyna wewnętrzna.

P. Hampeln (Ryga): **Przypadek pierwotnego raka płuc i opłucny.**

U 62-letniego mężczyzny pochodzącego z rodziny zupełnie zdrowéj wystąpiły na wiosnę r. 1886 objawy zimnicy z wybitnym obrzękiem śledziony, które ustąpiły po użyciu sporych dawek chininu. W czerwcu tegoż roku powstało zapalenie opłucny po stronie lewéj po zaziębieniu się w kąpieli; wypocina była tak znaczną, że miano przystąpić do wykonania punkcyi, odstąpiono jednak od wykonania téjże z powodu szybkiego wessania wypociny. Autor widział chorego po raz pierwszy we wrześniu tegoż roku. Badanie wykazywało wtedy u osoby niedokrewnéj i osłabionéj (przy braku jakichkolwiek bólów i dobrym apetycie) wypocinę po prawéj stronie klatki piersiowéj na pół wessaną, a mianowicie przytłumienie odgłosu wypukowego, zniesienie szmeru oddechowego, brak drżenia piersiowego i osłabioną brochofonię, osobliwie w okolicy lewéj podłopatkowéj, nieznaczne zaciągnięcie i zmniejszenie ruchomości lewéj strony klatki piersiowéj. Z powodu niestosunku tych objawów (osłabienie, wychudnienie i anemia) z objawami zwykłego zapalenia opłucnéj rozpoznano po wykluczeniu innych chorób prowadzących do kacheksyi, raka trzew a w szczególności raka płuc. Punkcyja rozpoznawcza dała wynik ujemny. Kacheksyja zwiększała się stopniowo; śmierć nastąpiła 12/2 1887.

Sekcyja wykazała: zrosty dolnéj części lewéj opłucny poczynające się od 7 lewego przestworu międzyżebrowego sięgające z jednéj strony do kręgosłupa, z drugiéj zaś do środkowéj linii pachowéj. Po ostrożném oddzieleniu od zrostów płuca okazał się guz większy od pięści zajmujący od tyłu dolną część górnego płatu i górną część dolnego. Guz ten na przekroju był żółtawo białej barwy, twardy i kruchy a w środku okazywał jamę wielkości jaja gołębiego wypełnioną papką żółtawoszarą niecuchnącą niestojącą w związku z żadném oskrzelem. Guz był od sąsiedztwa ostro odgraniczonym a ściany jego miały grubość 2—3cm. Oskrzela i gruczoły chłonne oskrzelowe okazały się prawidłowemi; opłucna żebrowa zmieniona była również w podobne utkanie nowotworowe. Śledziona była nieznacznie powiększoną. Reszta narządów okazała się zdrową. Drobnowidowo przedstawił się guz jako *carcinoma alveolare*. Guz powstał prawdopodobnie pierwotnie w płucu i dopiero następowo przeniósł się na opłucną.

Autor zwraca uwagę na znaczenie objawów ogólnych dla rozpoznania raka trzew, uwzględnienie takowych naprowadza dopiero na rozpoznanie szczegółowe. Dwa szczegóły zasługują jeszcze na uwzględnienie: 1) samoistne wessanie wypociny opłucnowéj w przebiegu raka płuc, 2) jakość plwocin. W przeciwstawieniu do zapalenia opłucny w przebiegu gruźlicy, gdzie wessanie wypociny spostrzegano, nie zauważano takowéj dotychczas przy obecności raka trzew. Przypadek autora stanowi wyjątek. Autor zna wprawdzie przypadek mięsaka płuca, w którym nastąpiło samoistne wessanie wypociny ale miało ono miejsce tylko z powodu rozrostu mięsaka i uszczuplenia miejsca dla ostatniéj. Plwocina w przypadku opisanym była skąpą, galaretowatą i barwy jasnoróżowéj. Na zachowanie się podobne plwocin przy raku płuc zwrócili już uwagę Stokes i Marshall Hughes. Plwociny te nie są jednak charakterystycznemi dla raka płuc; nie ma ich przy braku komunikacyi z oskrzelami, albo przy tak zwanych suchotach rakowych (*carcinomatose Phthise*), t. j. uporczywym nieżycie płuc w obecności raka. Większéj doniosłości dla rozpoznania był obraz drobnowidowy plwocin. Okazywał on już na 5 miesięcy przed zgonem prócz miazgi i małych drobnoziarnistych komórek okrągłych liczne wieloboczne wydłużone lub pałkowate komórki znacznych rozmiarów o treści drobnoziarnistéj o jedném albo wielu jądrach, które autor nazywa komórkami rakowemi. Podobny obraz przedstawiał śluz oskrzeli, sok rakowy i treść zagłębień rakowych. Już z obecności komórek tych rakowych rozpoznać tu można było raka płuc. (*St. Petersburger med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 17). *Dr. Barącz.*

Chirurgija.

Karol Dehio (Dorpat): **Tachykardyja po punkcyi z powodu puchliny brzusznéj.**

Autor opisuje przypadek dotyczący 56 l. mężczyzny dotkniętego marskością wątroby, u którego po wykonaniu przekłucia jamy brzusznéj i wypuszczeniu przytém 8530 ctm. sześć. płynu wolnego pojawiło się znaczne przyspieszenie tętna 160—180 uderzeń na minutę, tętno było bardzo słabe. Po wstrzyknięciu podskórném 0·002 *koraniliny* tętno spadło do 80 uderzeń na minutę, wzmogło się jeszcze dnia następnego potém do l. 182 na minutę i potém wśród ponownego nagromadzenia się płynu w jamie brzusznéj opadło trwale aż do zejścia śmiertelnego. Sekcyja wykazała: marskość wątroby w początkowym okresie; zapalenie nerek przewlekłe i miażdżycę tętnic; nie wyjaśniła więc objawów tachykardyi. Autor odnosi ją do nagłego obniżenia śródbrzusznego ucisku, nagłego przekrwienia, skutkiem tego trzew brzusznych i niedokrewności reszty ciała a względnie układu nerwowego ośrodkowego. Za niedokrewnością mózgu a względnie rdzenia przedłużonego przemawiały występujące po nakłuciu zawroty głowy, mdłości i ogólne osłabienie. Niedokrewność rdzenia przedłużonego wywołać może zadrażnienia ośrodka przyspieszającego ruchy serca nerwu współczulnego w rdzeniu przedłużonym albo porażenie ośrodka nerwu błędnego w rdzeniu przedłużonym opóźniającego ruchy serca. Autor skłania się do przypuszczenia (zgodnie z Nothnaglem) porażenia nerwu błędnego w swoim przypadku. Na poparcie tłumaczenia tachykardyi niedokrewnością rdzenia przedłużonego a względnie obniżeniem ucisku śródbrzusznego przytacza D. okoliczność, że z nagromadzeniem się powrotném płynu w jamie brzusznéj i zwiększeniem się napowrót parcia w téjże, tachykardyja ustąpiła, skoro przyczyna niedokrewności rdzenia przedłużonego zniesioną została.

Podobnie tłumaczy sobie Traube długotrwałe napady tachykardyi spostrzegane u 65-letniéj osoby dotkniętéj gruźlicą płuc występujące każdym razem, skoro tylko chorego posadzono na łóżku. Dopływ krwi tętniczéj do rdzenia przedłużonego był w tym przypadku *ad minimum* zmniejszonym, skutkiem tego wystąpił stan porażenny układu nerwowego tamującego podczas gdy ośrodki oddechowe i naczynioruchowe działały jeszcze prawidłowo. (*St. Petersburger med. Wochenschrift* Nr. 18, 1887).

(Z przytoczonych spostrzeżeń Dehiego, Nothnagla i Traubego wynika, że punkcyja z powodu puchliny brzusznéj wykonana u mocno niedokrewnych osób nie jest zabiegiem małoznacznym i że nigdy nie należy wypuszczać całéj treści wysiękowéj jamy brzusznéj, ażeby nie obniżyć nagle ucisku śródbrzusznego i nie wywołać niedokrewności rdzenia przedłużonego. *Przypisek sprawozdawcy*).

Dr. Bårącz.

Whitehead (Manchester): **Kombinacyja cięć pęcherza przez międzykrocze i nad kością łonową.**

U 58 letniego wychudłego mężczyzny cierpiącego silny ból w okolicy pęcherza, moczenie krwawe i częstą potrzebę oddawania moczu od 10 miesięcy wykonał W. celem badania pęcherza cięcie międzykrocza boczne, nie mógł jednak wprowadzić palca do pęcherza. Badanie skombinowane przez ranę w międzykroczu i uciskanie powyżéj kości łonowéj wykazało guz zajmujący prawą ścianę pęcherza. Wykonał następnie cięcie pęcherza nadłonowe i rozpoznanie nie ulegało już wątpliwości, że był to złośliwy nowotwór. Chory umarł w 6 dni po operacyi, a badanie pośmiertne wykazało wrzodziejący guz prawéj połowy pęcherza, zatykający moczowód. Nerka prawa okazywała zanik, miedniczka nerkowa i moczowód były znacznie rozszerzone. W. spostrzegł, że głównym objawem obecności guza złośliwego w pęcherzu są krwotoki pęcherzowe, a nie ból, jak to twierdzi Henry Thompson. Trudność wprowadzenia palca przez ranę międzykrocza do pęcherza należy do rzadkich wydarzeń. Zatkanie moczowodu i zanik nerki są rzadkiemi zjawiskami towarzyszącemi, gdyż moczowód przez nowotwór rzadko bardzo bywa zajętym. Nadzwyczaj silny ból, którego chory doznawał w ostatnich czasach tłumaczyć należy zrostem pęcherza z częściami sąsiedniemi, przez co mięśnie pozbawione były kurczliwości. Ciekawém jest także spostrzeżenie, że mocz nie odpłynął w tym przypadku, po wykonaniu cięcia międzykrocza; dopiero po wykonaniu cięcia nadłonowego trysnął obfitym strumieniem przez międzykrocze i ranę cięcia łonowego, wskazując niejako drogę do drenowania. (*The Lancet*, 1887, May 14).

Dr. Bårącz.

Medycyna sądowa.

Dr. Rochs: **O obrażeniach głowy i związku ich z zapaleniem płuc następowém.**

Korzystając z obfitego materyjału Zakładu sądowo-lekarskiego berlińskiego autor zestawił przypadki obrażenia głowy w ciągu lat trzech i zastanawia się nad związkiem ich z zapaleniem płuc. Rozróżnia trzy kategoryje zapalenia płuc wikłającego obrażenia głowy: 1) zapalenie włóknikowe, 2) zap. opadowe i przerzutowe i 3) zap. *ab ingestis* (*Schluckpneumonie*) i dochodzi do następujących wniosków ostatecznych:

1) Związek przyczynowy pomiędzy obrażeniem głowy a wkrótce potém rozwijającém się zapaleniem płuc włóknikowém wykazać się nie daje.

2) Zapalenia opadowe, wikłające obrażenia głowy, wymagają wielkiego upadku sił obrażonego. Upadek sił może istnieć już przed obrażeniem (w wieku ubytkowym) lub powstać w skutek obrażenia.

3) Zapalenia płuc przerzutowe wytwarzają się po obrażeniu głowy skutkiem zakażenia rany; pozostają one więc w bezpośrednim związku z obrażeniem.

4) Zapalenia płuc *ab ingestis*, rozwijające się po obrażeniach głowy, pozostają w bezpośrednim związku z obrażeniem głowy. Są one wynikiem względnie ciężkich urazów i są następstwem wpływów działających osłabiająco i porażająco na pewne obszary mózgowe. (*Viertelj. f. ger. Medicin* XLVII t., 1 z. 1887.

L. B.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne posiedzenie z dnia 5 maja 1887.

Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 22.

Kol. Prezes wita nowego członka Dra Wehra.

Kol. Sekretarz odczytuje pismo Prezydenta m. Lwowa przesłane na ręce Prezesa sekcyi a zapraszające do wyboru 5 delegatów na zebranie mające na celu wybór komitetu ściślejszego celem zajęcia się urządzeniem Zjazdu przyrodników i lekarzy w r. 1888. Po ożywionéj dyskusyi wybranymi zostali koll. Drowie: Ziembicki, Feigel, Rieger, Widmann i Schramm.

Przystąpiono do dyskusyi nad odczytem mianym na poprzedniém posiedzeniu przez kol. Dra Pawlikowskiego o środkach

ochronnych przeciw cholerze, w której zabrał głos kol. Dr. Laskiewicz, a mianowicie co do kwestyi dezinfekcyi i nadmienił, że w podróży swej odbytéj przed paru laty po wszystkich niemal większych zakładach dla obłąkanych, klinikach i szpitalach w Austro Węgrzech i w całych prawie Niemczech, jedynie w Lipsku w szpitalu powszechnym spotkał się z urządzeniem zasługującém w téj sprawie na uwzględnienie: jestto mianowicie osobny domek, w którym wszystkie odchody szpitalne zbierają się w jednym basenie, w którym po dodaniu mięszaniny z wapna, wody i chlorku magnu tworzy się osad zabierający z płynnych nieczystości liczne składniki tworzące na dnie grubą warstwę, wraz ze stałemi odchodami. Po kilku dniach otwierają śluzę i wypuszczają nieco już czystszą ciecz do sąsiedniego basenu o dnie wyższém i postępowanie to powtarza się przez 5 basenów, dopóki nie wydobędą się z ostatniego płynne odchody, całkiem prawie bezbarwne, odprowadzone do systemu kanałów z początku zamkniętych rurkowatych, poza obrębem miasta zaś otwartych, tworzącego tak zwany *Rieselfelder-System*, dla zraszania pól; naturalnie stałe odchody bywają także wywożone.

Następnie kol. Dr. Laskiewicz wykonywa sekcyję mózgu melancholika wedle metody Stillinga zmodyfikowanéj przez Meynerta, tak jak takowa wprowadzoną została w użycie w szpitalu kulparkowskim przez b. dyrektora Dra Marescha. Zrobiwszy w zakładzie tym przez 9 lat około 800 sekcyj mózgu uznaje prelegent metodę tę za najwięcéj odpowiadającą celowi. O metodzie téj uczyni prelegent wzmiankę w Przeglądzie Lekarskim. W dyskusyi zwraca uwagę kol. Dr. Widmann na to, że powierzchnię mózgu wypada dokładnie badać jeszcze przed zdjęciem błon miękkich i omawia pokrótce metody Dra Nothnagla, Charcota. Kol. Dr. Feigel wspomina w krótkości o metodzie Virchowa i Rokitanskiego, mówi o tak zwanych wachlarzowatych cięciach mózgu i nadmienia, że lekarze sądowi tylko dla braku czasu najprostszych metod używają. Kol. Dr. Pisek kładzie nacisk na dokładne zbadanie komórek i jam mózgowych, zwłaszcza komórki czwartéj, daléj na ważność dokładnego zbadania błon i na dokładne oddzielanie tychże od powierzchni mózgu. Prelegent skompletowawszy opis całego poprzednio omówionego sposobu postępowania przy sekcyi mózgu, pozwalającego obejrzeć dokładnie powierzchnię mózgu, zwoje, błony mózgowe, komory, oraz dozwalającego ważyć pojedyncze części mózgu i błon, ubolewa, że wymieniona metoda nie została jeszcze wprowadzona do powszechnego użytku ani w prosektoryjach anatomicznych ani w patologo-anatomicznych. Przy téj sposobności okazuje prelegent także i potrzebny do sekcyi wedle wzmiankowanéj metody nóż śpiczasty, obosieczny, krótki, łukowato zakrzywiony w około poprzecznéj osi, który służy do wejścia nim ze środkowéj części ku przedniemu zakrzywionemu rogowi komórek bocznych.

Dla spóźnionéj pory odczyt zapowiedziany odłożono.

Dr. J. Wiczkowski.

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Towarzyszenie trupim karawanom oddaliło nas nieco od zwykłéj sceny sanitarnych spostrzeżeń. Wróćmy więc raz jeszcze do Persyi, aby się zapoznać z szeregiem innych czynności, w których wykonywaniu rzemieślnicy obojga płci, rozmijając się z warunkami elementarnéj higijeny, narażają swe zdrowie i przedwcześnie zużywają siły. Wypadnie nam tu uwzględnić: zajęcia i rzemiosła wywierające najprzód wpływ na kształt ustroju oddających się takowym; te, w których sprawa fizyjologiczna pewnych narządów jest narażoną na działanie szkodliwych jéj istot i wreszcie zajęcia rozwijające usposobienia chorobowe lub wywołujące wyłącznie stany patologiczne.

Rzemiosła w Persyi pozostają dotąd w stanie, w jakim je uprawiano w Europie przed zastosowaniem pomocy mechanicznéj i pary. Toteż zachowały oryginalną cechę tak w wykonywaniu jak również i w wyrobach przekonywających o mozolnéj pracy i zdumiewających swą tanią tanością, wcale niewynagradzającą ani czasu, ani spotrzebowanych sił ustrojowych. I jakkolwiek zajęcie rzemieślnicze rozpada się tu na dość liczne gałęzie, to jednak tylko niektóre z rzemiosł mogą nas interesować, o nich więc tylko zamierzam tu wspomnieć. Na pierwszą wzmiankę z tytułu godności i znaczenia zasługuje tu perski *hodża* czyli nauczyciel okazujący swe talenta nie tylko w szkółkach elementarnych, ale nawet tak zwanych *metresct*, gdzie się obrabia surowy umysł, aby zostać zasępionym znawcą tak praw proroków jak i zwykłych śmiertelników. Opowiedziałem już o najgorszych warunkach higijenicznych, w jakich uczy się wersetów koranu tutejsza młodzież. W gorszych jeszcze warunkach pozostaje wykładający je nauczyciel, który nie parę godzin, lecz całą swą egzystencyję zwykł przepędzać w brudnych, ciasnych, najczęściéj na pół ciemnych przestrzeniach, gdzie ilość powietrza będąc zawsze niedostateczną, bywa jeszcze pogorszaną wyziewami pochodzącemi tak od samych uczących się, jak również i z zewnątrz. Szkoły zaś dla doroślejszéj młodzieży, zwykle przyczepione do jakiegoś meczetu, dla uczącego nielepsze od wspomnianych przedstawiają warunki. Prócz ciasnych i półciemnych przestrzeni, położenie ich bywa jeszcze pogarszane bliskością sklepów, z których jeżeli już nie wyziewy z przechowywanych trupów, to z pewnością wysoki stopień wilgoci wywiera fatalne wpływy na zdrowie tu przebywających. Ztąd też już z postaci i ruchu poznać można tutejszego nauczyciela. Choć ogromny biały turban kryje wyschłą i wyżółkłą twarz, to jednak z zasępionego jéj wyrazu poznamy, że spotkana osobistość nie jest zwykłym rzemieślnikiem. W istocie też niezawsze czyste oczy, obrzękłe powieki, niedbale utrzymana broda, chód chwiejny jakby wymuszony, a głównie ochrypły głos i ciężki oddech cechują tutejszego uczonego, zdradzając równocześnie nieżyty krtani i oskrzeli, rozedmę pęcherzyków płucnych, a bardzo często i złogi gruźlicze w stopniu więcéj lub mniéj znacznego rozwoju. Ta też klasa niezwykła tu cieszyć się długim wiekiem i śmiertelność w pośród niéj jest stosunkowo bardzo znaczna. Często zdarzało mi się spotykać młodych jeszcze nauczycieli, którzy jakkolwiek nie od dawna rozpoczęli swój zawód, już jednak uskarżali się na cierpienia w narządach oddychania, krążenia i trawienia. W prowincyjach zaś południowych nierzadko spotykałem zapalenia i zziarnienia wątroby w przeważnéj liczbie przypadków nagabujących tutejszych nauczycieli.

W znacznie lepszych higijenicznych warunkach pozostaje rodzaj tutejszych uczonych stanowiących oddzielną kastę i których całém zajęciem jest utrzymywanie imaginacyi w ciągle podnieconym stanie. Do téj kategoryi zwykle zalicza się poetów, muzyków, rzeźbiarzy, artystów dramatycznych, malarzy i t. d. W Persyi jednak podobnym zajęciom nikt się nie oddaje. Lub jeżeli gdzie spotkamy ludowego grajka i ulicznego żartownisia, to z pewnością zajęcia te nigdy nie narażają swych wykonawców na zetknięcie się z cierpieniami spotykanemi gdzieindziéj. I jedynie tylko poeta tutejszy i karcący obyczaje publiczny mowca, zwykle doświadczony derwisz-bywalec, są typami, u których siły umysłowe w ogóle są stale podniecane przez rozdrażnioną imaginacyję. Oba te typy cieszą się wielką powagą; poeta bywa uwielbiany, derwisza karcącego na publicznych placach lub bez żenady w środku bazaru słuchają całe masy. Wszyscy jednak z politowaniem tylko oceniają ich czyny, obu tytułując ogólną nazwą *dywaneh* czyli bzików. O ile dało mi się wystudyjować dwa te typy, w istocie wypada je uważać

za pozbawione zdrowego stopnia myślenia. Rezultaty bowiem ich umysłowych wysileń nie są następstwami pracy lub daru natury, a tylko wyniki fantazyi rozbudzonéj używaniem makowca lub napojów wyskokowych, uważanych przez tę kategoryję ludzi za najodpowiedniejsze do utrzymania ośrodków nerwowych w stanie ciągłéj podniety. I jeżeli tak wierszokleta jak i mowca publiczny pędzą swe życie w daleko lepszych warunkach higijenicznych aniżeli tutejszy nauczyciel, to przypisać to należy częstéj bardzo zmianie miejscowości, przepędzaniu czasu w ogrodach lub pod meczetami położonemi w dali od osad ludzkich. To sposób, od którego nigdy nie odstępują, niemniéj jednak używając napojów wyskokowych, makowca i innych środków odurzających z takimże samym namiętnym zapałem, jakim bywa nacechowany każdy ich czyn, czyto fizyczny, czyteż umysłowy. Także w téj liczbie mistrzów perskiego stylu, zwykle spotykamy największą ilość osób dotkniętych obłędem opilczym lub téż stanem upadku sił umysłowych tak charakterystycznym w pośród perskiéj ludności, który właściwie nie będąc pomięszaniem zmysłów, utrzymuje jednak człowieka dotkniętego w stanie ciągłego rozdrażnienia, zmuszającego krewnych do pieczołowitego czuwania nad uczonymi tego rodzaju. Że zaś domorośli praktycy nie zwykli zajmować się leczeniem takich stanów, więc téż niemi dotknięci pędzą egzystencyję w stanie opłakanym, a rodzina wyczekiwać się zdaje na zjawienie się obcego przybysza, aby mu przedstawić tych chorych i zasięgnąć rady, która jako nieswojska, ma podług miejscowych przekonań wywierać szczególnie zbawienny wpływ. Co zaś do publicznych mowców, owych godnych pożałowania derwiszów, to stan ich umysłowego rozdrażnienia, jakikolwiek jest stopień jego rozwoju, również nie zwraca na się uwagi. I przeciwnie, im widoczniejszemi są oznaki nieprawidłowego stanu umysłu, im czczona powszechnie osobistość ulega częstszym napadom padaczki lub pląsawicy, ruchami lub głosem naśladuje dzikie zwierzę lub dopuszcza się publicznie bezecnych czynów, tém jego wziętość bywa większą i zysk pewniejszy. Nieraz sąto osoby w istocie dotknięte cierpieniem władz umysłowych i czyny ich można przypisać nieświadomości siebie samych. Większą jednak ilość stanowią doświadczeni lub wychowani w szkole Szyrasu filuci, którzy korzystając z naiwności i przesądów miejscowych, pod łachmanami derwisza rozwijają całą swą zręczność w korzystném dla siebie okpiwaniu łatwowiernych. W ich téż liczbie spotyka się te stany chorobowe, do jakich doprowadza rozpusta, nadużywanie wyskoku, podtrzymywane wstrętną niechlujnością, w jakiéj pędzą byt.

Ogólną pracę rękodzielniczą Persów tak co do charakteru samego zajęcia jak i pod względem higijenicznym wypada podzielić na dwa działy: zajęcia, którym oddają się tylko mężczyźni i te, w których wyłącznie biorą udział kobiety. Stosownie téż do tego podziału i choroby mające za przyczynę rodzaj samego zajęcia przedstawiają się w dwóch bardzo wyraźnych odcieniach. Że zaś cała ilość rzemieślników perskich oddaje się trzem głównym zajęciom, tym więc tylko jako dostępniejszym do wystudyjowania poświęcam krótką sanitarną wzmiankę.

Główném zajęciem, jakiemu z upodobaniem oddają się mieszkańcy nie już pewnych punktów, lecz nawet całych okolic jest wyprawa skór i białoskórnictwo. Obok tych występuje znowu wyłączne oddawanie się zbieraniu skórek jagnięcych lub pochodzących z innych zwierząt, które nie mogąc być wyprawione na miejscu bywają wysyłane do Rosyi, zkąd już powracają w stanie odpowiednim do dalszego użytku. Garbarstwo zaś miejscowe i następne wyrabianie różnokolorowego safijanu odbywa się tu w sposób bardzo pierwotny. Właściwe bowiem garbarnie wcale tu nie istnieją; i tak dobrze rzeźnik jak każdy handlarz prowadzi rzemiosło na własną rękę, wykonywając je w miejscach najbliższych własnego domu lub w tych, które uzna za najwygodniejsze. Ku usunięciu sierści poddają skóry tłoczeniu nogami w dołku wykopanym najczęściéj przy publicznéj studni lub nad wybrzeżem strumienia, jeżeli takowy przepływa przez daną miejscowość. Mężczyzna oddający się podobnéj czynności musi być dość silny, bo zajęcie jest bardzo nużącém i wymaga dłuższego czasu do nadania skórom stanu pozwalającego na łatwe usunięcie sierści. Skóry wydobyte z takiéj nożnéj tłoczni dla podeschnięcia rozkładają się na podwórzu, terasie lub nawet na ulicy. Ostro zaciętą osełką usuwa się z nich sierść, znowu poddaje się tłoczeniu, powtórnemu podsuszeniu na bardziéj już dostępnych przestrzeniach, poczém namoczone w koperwasie i złożone w stosy, przenosi się je do składów lub oddaje je białoskórnikom do dalszéj obróbki. Tłoczenie, podsuszanie i przechowywanie skór jeszcze prawie na pół wilgotnych, oprócz wyziewów, jakie szkodliwie działają na zdrowie sąsiadów i samego robotnika, sprowadza jeszcze u tego ostatniego rozszerzenia żył, twarde i bolesne obrzmienia odnóg dolnych, na palcach zaś rąk wynaczynienia krwi, zrazu niebolesne, późniéj łatwo przechodzące w zgorzelinę lub wytwarzające rodzaj żrącego wrzodu w kształcie lejkowatym, przenikającego mięsne warstwy palców, bardzo wtedy bolesnych i odejmujących robotnikowi możność dalszego kontynuowania zajęcia. Wtedyto dopiero prosty garbarz tutejszy staje się białoskórnikiem, stara się dać czasowy wypoczynek dolnym odnogom, zapoznaje się z jakością istot dających ten lub ów kolor, i jeżeli w następstwie własnéj niedbałości nieodczuje szkodliwego ich wpływu na ogólny stan zdrowia, to czas jakiś wyrabia niezły gatunek safijanu, będąc wreszcie zmuszony do przerwania swéj czynności, pierwéj aniżeli się spodziewa i to jedynie tylko w skutek najgorszych warunków higijenicznych, w jakich pozostaje przy swém zajęciu.

Częste bardzo choroby zakaźne wyniszczające tu nieraz całe trzody owiec i bydła wywołując tylko żal właściciela, lecz nie zwracając na się uwagi władz miejscowych są powodem, że zbierający skóry z upadłych zwierząt również narażeni są na niebezpieczeństwo. Licznie spostrzegane przykłady karbunkułu, wąglika, a w pewnych okolicach i czarnéj krosty zwykle kończące się fatalnie, należy przypisać tylko przeniesieniu się chorobowego zarazka ze zwierzęcia na człowieka, przy uwzględnieniu całéj niechlujności, w jakiéj zbierający skóry zwykli pozostawać, tak, że obrabianie skór tak na miejscu jak i za granicą jest połączone z widoczném niebezpieczeństwem i kraje pozostające w stosunkach handlowych z Persyją, przynajmniéj na ten rodzaj towaru powinny zwrócić większą niż dotąd sanitarną uwagę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Właściwa wystawa działu biologicznego mieściła się przeważnie w pawilonie głównym, okazy atoli tu należące znajdowały się i w innych pawilonach. Z przedmiotów na-

leżących do wystawy komitetowéj zasługują na wzmiankę: Ciekawa wystawa p. Rakowskiego, który za pomocą szklannych kolorowych sześcianów w sposób nader zmyślny uwidocznił skład powietrza prawidłowego i zepsutego, daléj tabelarycznie i poglądowo skład powietrza w różnych miejscowościach i gmachach miasta Warszawy. Przedstawienie to odnosiło się nie tylko do składu chemicznego, ale także i do zanieczyszczeń bakteryjologicznych. Również ciekawą była wystawa co do wody urządzona przez p. Lepperta Władysława, który koło zbadania wód warszawskich wielkie położył zasługi. Wystawił on pięknie wykonane tablice, na których przedstawił graficznie skład wody uważanéj za czystą, skład wód różnych studzien warszawskich i skład wody wiślanéj, oraz plany m. Warszawy, na których uwidoczniono rozłożenie studzien zbadanych. Nie tylko co do swych zanieczyszczeń nieorganicznych była tu woda przedstawioną, ale także i co do organicznych, mianowicie zwrócono także uwagę i na wodę pod względem bakteryjologicznym, czyli na mikroskopiczną stronę wody. Uzupełnieniem niejako téj wystawy była wystawa urządzona przez p. Trzcińskiego, który główną uwagę zwrócił na zanieczyszczanie wody przez wody ściekowe i odpływy fabryczne, przedstawiając na odpowiednich tablicach skład wód ściekowych i odpływów fabrycznych. Jedna z tablic poświęconą była pouczającemu przedstawieniu porównawczemu dozwolonego zanieczyszczania przez ustawodawstwa w Szwajcaryi i W. Ks. Badeńskiém.

Bez zaprzeczenia atoli najciekawszą i pouczającą była wystawa urządzona przez prof. Dra Hołowińskiego, obejmująca graficzne porównawcze przedstawienie siły światła pochodzącego z rozmaitych źródeł, ilość ciepła wywięzywanego, oraz zanieczyszczenia powietrza produktami spalenia przy użyciu rozmaitych świetliw z uwzględnieniem także ceny jednostki światła rozmaitych źródeł.

Bardzo także ciekawemi były tablice odnoszące się do środków dezinfekcyjnych, co do ich składu chemicznego, sposobu działania, wartości dezinfekcyjnéj i jadowitości wystawione przez pp. Prausa i Flamma.

Bardzo licznemi i pouczającemi daléj były wystawione przedmioty i tablice odnoszące się do materyjałów spożywczych. Z pośród nich zasługują na wzmiankę wystawy: 1) Drów Nenckiego i Nussbauma obejmująca tablice i graficzne przedstawienia odnoszące się do składu ciała ludzkiego, oraz do potrzebnéj ilości pożywienia dla człowieka w stanie zdrowym wśród różnych warunków, oraz dla człowieka chorego. 2) Dra K. bar. Lessera, który z zamiłowaniem poświęcił się ważnéj gałęzi gospodarstwa, jaką jest mleczarstwo, a zarazem i środkowi pożywienia, który w najważniejszéj epoce życia stanowi pokarm zupełny a i późniéj jeden z ważniejszych. P. Lesser wystawił plany mleczarń krajowych i zagranicznych, tablice składu mleka ludzkiego i różnych zwierząt, narządy do badania i wyrobu produktów mlecznych, a w szczególności całkowite urządzenie mleczarni centryfugalnéj systemu szwedzkiego de Lavala, nadto znaczny zbiór najnowszéj literatury o mleczarstwie.

Uderzającą każdego zwiedzającego była wystawa kosmetyków, urządzona przez p. Kazimierza Wendego, mogąca zainteresować nie tylko rzecz choćby ogólnie znających, ale także i szerszą publiczność. Oglądanie słoików z kosmetykami płynnemi i stałemi ustawionych w szafach oszklonych nie mogło rozumie się niczego i nikogo pouczyć, ale licznie gromadząca się publiczność przy objaśnieniach często przez wystawcę udzielanych nie jedną zapewne odniosła korzyść dowiedziawszy się o szkodliwości środków, które przez wielu uważane bywają za nieszkodliwe i że kosmetyki nie zawsze z tego powodu dla zdrowia są obojętnemi. Ciekawą była kolekcyja kosmetyków w dawnych czasach używanych, oraz ciał przez różne ludy jako środki kosmetyczne używanych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Konwencyja anglo-turecka i kwarantanny.

Konwencyja anglo-turecka dotycząca spraw egipskich, w liczbie licznych protokółów zawiera jeden, w którym powiedziano, że mocarstwom zgadzającym się na układ uczynione zostaną propozycyje w celu uregulowania kwestyj ogólnego zarządu służby zdrowia, a zatém i kwarantan.

Ten wyłączny ustęp w układzie pod względem higijeny publicznéj jest bardzo ważnym i zasługuje, aby go zaznaczyć, ponieważ podług otrzymanych wiadomości, zdaje się, że rząd angielski mając wyłączny interes w tém, aby utrzymać otwartemi wszystkie drogi komunikacyi z Indyjami, zażąda zniesienia kwarantan i rozwiązania międzynarodowéj rady zdrowia w Alexandryi.

Obowiązki i czynności téj rady, są powszechnie uznane za niezbędne i usługi już oddane przemawiają za koniecznością utrzymania jéj na przyszłość, pomimo, że W. Porta często traktuje obojętnie interesa zdrowia publicznego i nie będzie zbyt dziwném, gdy w dzisiejszych swych stosunkach przystanie na propozycyję angielską.

Wprawdzie tak ważna kwestyja, jak kwarantanny morskie, dawszy na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie rezultaty niezgodne i śmieszne, zajmuje jednak niektóre rządy, na nieszczęście jednak ci, co są przekonani o potrzebie utrzymania kwarantan na morzu Czerwoném i w zatoce Suezkiéj w celu uniknięcia cholery w Egipcie, a następnie i w Europie, nie mają dominującego znaczenia i wpływowego stanowiska w sprawach egipskich. Jednakże Austryja, Włochy i Francyja bezpośrednio niejako interesowane w téj kwestyi, pamiętając niedawne szerzenie się zarazy, winny oprzeć się zapatrywaniom tych, co kwestyję zdrowia publicznego uważają za drobnostkę. Należy aby chociaż zaprotestowano energicznie przeciwko nie już tylko proponowanemu zniesieniu, ale również przeciwko wszelkim zmianom środków zabezpieczających od chorób zakaźnych egzotycznych, ostrożności zastosowywanych przez delegatów sanitarnych w Alexandryi.

Nie należy zapominać, że Egipt jest prawdziwą aleą indyjską, drogą, przez którą cholera przedostaje się do Europy. Totéż o tyle, o ile środki zapobiegawcze były ściśle przeprowadzone i zastosowane w Egipcie, o tyle punkty takie jak Malta, Brindisi, Marsylija i Barcelona zostały zabezpieczone od przedostania się do nich zarazy.

Jedno zaś, co pozostaje do przeprowadzenia, to pośrednictwo rządów i usiłowania nad zmianą zupełną lub polepszeniem przynajmniéj składu międzynarodowéj rady zdrowia w Alexandryi, ograniczenia liczby członków w ten sposób, ażeby większość głosów mieli delegaci mocarstw, nie zaś, jak to jest dzisiaj, urzędnicy rządu Khediwa, wszyscy mniéj lub więcéj sprzyjający interesom angielskim i pokornie posłuszni dyrektorowi sanitarnemu p. Green.

Bourgas 13 lipca 1887. *Dr. Jabłonowski.*

---

* Galicyjska Krajowa Rada zdrowia wystąpiła z wnioskiem do rządu, aby dla powstrzymania coraz więcéj szerzącéj się jaglicy polecić lekarzom powiatowym, aby przy każdorazowém otwarciu szkół średnich i ludowych przeprowadzali rewizyję sanitarną dzieci szkolnych co do zaraźliwości chorób oczu.

* Dr. Wooldrige podał niedawno na posiedzeniu Royal Society w Londynie wiadomość o doświadczeniach, które podjął celem osiągnięcia ochrony od wąglika. W rozczynie alkalicznym ciała białkowatego (jąder lub grasicy) hodował prątki wąglika przez dwa dni w ciepłocie 37°C. i oddzielał następnie hodowle przez filtrowanie. Z cieczy uwolnionéj od prątków wstrzykiwał małe ilości do żył królikom i znalazł, że były wolnemi od wąglika. Prątek, który w wyż opisanéj cieczy wzrósł, nie chroni zwierząt, zabija on lub jest bezskutecznym. Należy zatém przypuszczać, że istota chemiczna wytworzona przez prątki chroni zwierzęta. Spostrzeżenie to zdaje się przemawiać za metodą pasteurowską chronienia zwierząt od wścieklizny przez szczepienie rdzeniem wściekłych królików. Obu badaczy popierają doświadczenia Casha, który przez to, że zwierzęta karmił sublimatem, chronił je od wścieklizny.

* Dolno austryjackie Namiestnictwo zarządziło na mocy ustawy o zarazach zwierzęcych przymus noszenia kagańców przez psy w całym obrębie policyjnym wiedeńskim. Równocześnie przypomniano téż istniejący ale nieco zapomniany i nieprzestrzegany przepis co do wprowadzania psów do lokalów publicznych, a zarazem nakazano posiadaczom psów, u których pojawiły się objawy wścieklizny, lub takie, które jéj wybuchu obawiać się każą, postarać się o natychmiastowe zabicie lub uczynienie nieszkodliwemi przez oddzielenie.

* **Cholera**. O postępie cholery we Włoszech dochodzą skąpe tylko doniesienia, według których zdaje się ona szerzyć a miały się téż na Malcie zdarzyć przypadki w Neapolu, Gaecie i okolicy. Brak wyczerpującego urzędowego sprawozdania. Od ubiegłego miesiąca także w Bombaju cholera gwałtownie występuje, uległo jéj tam już przeszło tysiąc osób.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z grużlicy 11 (9 z. t.); z zapalenia płuc 10 (4 z. t.); z zapalenia jelit 4 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 3 krztuśca, 1 płonicy, 4 czerwonki. W tygodniu od 10 do 16 lipca umarło z ospy: w Czerniowcach 3, w Wiedniu 1, w Tryjeście 5, w Budapeszcie 2, w Pradze 3, w Rzymie 4, w Paryżu, w Warszawie i Petersburgu po 10. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku 3. Z duru powrotnego umarło w Berlinie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 24, w Petersburgu 13. Z odry umarło we Lwowie 1, w Mnichowie 14, w Wiedniu 33, w Paryżu 23, w Londynie 65. Z płonicy umarło we Lwowie 1, w Brodach 1, w Londynie 23. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Przemyślu 1, w Berlinie 10, w Paryżu 25, w Londynie 24, w Chrystyjanii 17. Z krztuśca umarło w Londynie 87, w Wiedniu 2, w Przemyślu 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,8; we Lwowie 27,9; w Brodach 20,3; w Drohobyczu 30,1; w Kołomyi 24,0; w Przemyślu 32,9; w Tarnopolu 19,9; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 26,0; w Wiedniu 29,2; w Salcburgu 31,0; w Gracu 33,3; w Tryjeście 24,8; w Insbruku 25,8; w Pradze 34,5; w Bernie 39,4; w Ołomuńcu 17,7; w Opawie 21,1; w Warszawie 22,6; w Poznaniu 42,9; w Berlinie 28,8; we Wrocławiu 36,6; w Gdańsku 32,9; w Dreźnie 23,7; w Hamburgu 33,2; w Kolonii 33,7; w Królewcu 40.1; w Lipsku 17,6; w Mnichowie 29,2; w Strasburgu 22,7; w Amsterdamie 21,4; w Brukseli 19,9; w Budapeszcie 29.2; w Chrystyjanii 37,3; w Kopenhadze 24,3; w Londynie 21,9; w Odesie 26,3; w Paryżu 20,6; w Petersburgu 23,1; w Rzymie 30,2; w Stokholmie 22,3; w Wenecyi 25,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 sierpnia. P. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z Ministrem spraw wewn. zamianował w myśl ordynacyi dla rygorozów lekarskich prof. Dra Antoniego Rosnera, komisarzem rządowym, a Dra Rudolfa Trzebickyego, zastępcą komisarza rządowego przy ścisłych egzaminach lekarskich w Uniwersytecie krakowskim; prof. Dra Macieja L. Jakubowskiego, współegzaminatorem dla drugiego ścisłego egzaminu lekarskiego a Dra Stanisława Paszkowskiego zastępcą tegoż; prof. Dra Alfreda Obalińskiego współegzaminatorem dla trzeciego egzaminu lekarskiego a doc. Dra Antoniego Marsa zastępcą tegoż — wszystkich na przeciąg roku szkolnego 1887/8.

* Doszedł rąk naszych Kalendarz lekarski na r. 1888 Dra Jana Stelli Sawickiego, o którym w przyszłym Nrze krótką wiadomość podamy.

— Zakład dezinfekcyjny miejski na Dajworze jest już zupełnie ukończony i będzie wkrótce oddany do użytku publicznego po ścisłéj próbie w obec Komisyi sanitarnéj. W jednym z najbliższych Nrów naszego pisma podamy dokładny opis tego ważnego urządzenia hygijenicznego.

* W Krynicy bawiło do 7 sierpnia 2673 osób, w Cieplicach czeskich do 5 sierpnia 5822, w Gainfarn 1105, w Iwoniczu do 6 sierpnia 1285.

* **Berlin** Tajny radca Dr. Koch zajmuje się przygotowaniem sprawozdania z podróży odbytéj przed 4 laty w celach badań nad cholerą.

* **Wiedeń**. Prof. Böhm, dotychczasowy dyrektor szpitala Rudolfa, objął już dyrekcyję szpitala powszechnego, a kierunek szpitala Rudolfa objął tymczasowo prof. Dr. Hofmokl.

* **Wiesbaden**. Od 18—24 września odbędzie się tu 60ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich. Na 3ch ogólnych posiedzeniach będą mieli wykłady prof. Benedikt (z Wiednia): O znaczeniu kraniometryi dla teoretycznych i praktycznych nauk biologicznych. Prof. Detmer (z Jeny): O życiu i oddechaniu roślin. Dr. Hueppe (z Wiesbadenu): O stosunku gnicia do chorób zakaźnych. Prof. Löwenthal (z Lozanny): O zadaniach medycyny w szkole. Prof. Meynert (z Wiednia): Mechanizm fizyjognomiki. Prof. Preyer (z Jeny): Przyrodoznawstwo i szkoła. Prof. Virchow (z Berlina): Przedmiot nieoznaczony. Prof. Wislicenus (z Lipska): Rozwój nauki o isomeryi połączeń chemicznych. Szczegółowy program tego zjazdu rozsyła Komitet urządzający za zgłoszeniem się do niego. Składka wynosi 12 mrk.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berlin**. Prof. Dr. O. Liebreich został obrany dziekanem na nadchodzący rok szkolny.— **Jena**. Dr. Gärtner, nadzwyczajny profesor higijeny i medycyny sądowéj, został mianowany profesorem zwyczajnym. — Dr. Ziehen habilitował się na docenta psychijatryi. — **Monachijum**. Dr. Ziegenspeck habilitował się na docenta położnictwa i chorób kobiecych. — **Würzburg**. Prof. Rindfleisch obrany został rektorem na r. 1887/8. — **Berno**. Dr. Brühl habilitował się na docenta chorób kobiecych.

* **Nekrologija**. W Nowéj Aleksandryi (w Puławach) umarł Dr. Ksawery Pasiutewicz, znany z prac swych zamieszczanych w pismach lekarskich i cieszący się znaczną praktyką lekarską.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie; Herynga: O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (dok.). — W *Medycynie* Nr. 32: Trzebickyego: O gastroenterostomii (c. d.); Żuławskiego: Sprawozdanie z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1885 (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 1: Rosenbuscha: O wstrzykiwaniach rozczynu soli kuchennéj przy osłabieniu mięśnia sercowego; Sielskiego: Siedm lat trwająca epilepsyja histeryczna przy tyłozgięciu macicy. Zupełne wyleczenie po odprowadzeniu macicy i włożeniu krążka Hodgego; Feigel: Nagła śmierć w szkole (Odpowiedź na odpowiedź prof. Blumenstoka).

Redakcyja otrzymała:

Dr. BUJWID: Pięć odczytów o bakteryjach. Rys zasad ogólnych bakteryjologii w zastosowaniu do chorób zaraźliwych z dołączeniem uwag o szczepieniach ochronnych. Warszawa, 1887, 8vo, str. 45.

Dr. GLÜCK: Sebastianus Petritius über den Tripper (Sonder-Abdruck aus Monatshefte f. prakt. Dermat.) str. 4.

Dr. GLÜCK: Helkose links — Bubo rechts — Allgemeine Syphilis (Sonder-Abdruck aus Monatshefte f. prakt. Dermat.) str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie.

KOCH R. Bericht üb. d. Unters. des Berliner Leitungswassers in der Zeit v. 1. Juni 1885 bis 1. April 1886. Lex.-8. Berlin, Springer. M. — 50.

KORCZYŃSKI u. JAWORSKI: Klinische Befunde bei Ulcus u. Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen. (S.-A.) gr. 8. Berlin, G. Reimer. M. — 80.

KRAEPELIN E. Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Vortrag. gr. 8. Leipzig, F. C. W Vogel. M. — 80.

LACASSAGNE A. Les actes de l'état civil. Etude méd.-légale de la naissance, du mariage et de la mort. Av. 11 fig. et 2 pls. col. 8. Paris, Storck. Fr. 3½.

LANG E. Vorlesungen üb. Pathologie u. Therapie d. venerischen Krankheiten. 2. Thl. Mit Holzschn. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 1 60.

LANGENBUCH C. Ueb. d. Principien des zeitgemässen Kriegswundverbandes, gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 1.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 536. **KONKURS.**

Gmina miasteczka Kozlowa, w powiecie brzeżańskim, rozpisuje niniejszém konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, z którą posadą połączona jest płaca roczna 400 złr. w. a., tudzież dochody z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego.

PP. Doktorowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Podanie należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności gminnéj najdaléj do końca Sierpnia 1887.

Kozłów d. 29 Lipca 1887. *Wojciech Sokołowski*
naczelnik gminy.

KONKURS.

W miasteczku Krystynopolu, powiecie Sokalskim, jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z pensyją roczną 200 złr. i dochodami z oględzin bydła i mięsa. Posadę otrzymać może tylko Dr. Medycyny i t. d. Podania wnieść należy do Zwierzchności gminnéj w Krystynopolu. *Graff*
Burmistrz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell, pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 20 Sierpnia 1887. Nr. 34.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1 1/2 „	„ 4 „	„ 6 „

I. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał
Dr. Stanisław Smoleński,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.

Zastósowanie zabiegów wodnych u suchotników bardzo dawnych sięga czasów; wiadomo np. że już Hipokrates nie wahał się używać u nich kąpieli letnich („o średniéj ciepłocie") i przelotnych polewań. Ale upowszechnienie hydroterapii suchot płucnych stało się dopiero wówczas możebném, gdy zaprzestano szukać dla choroby téj środków swoistych a zwrócono się do czynników dyjetetyczno-higijenicznych. Również dopóki hydroterapija opierała się na surowéj empiryi a pomyślne działanie wody przypisywano nadprzyrodzonéj jakiéjś sile, nie było mowy o hydroterapii suchot. Pryssnic, nieumiejący odróżnić prostego nieżytu oskrzeli od zmian suchotniczych w płucach, zasadniczo nie przyjmował do swego zakładu ludzi kaszlących. Rzecz się zmieniła, gdy hydroterapiją zajęli się wykształceni lekarze. Schlechta już w r. 1847 donosi o 18 przypadkach suchot leczonych przez siebie zabiegami wodnemi (15 ze znaczną poprawą, 1 z niewielkiém polepszeniem, 2 bez poprawy) i przyznaje hydroterapii prawo do udziału w leczeniu tego cierpienia. Pod ten czas widocznie już i we Francyi byli zwolennicy hydryjatycznego leczenia suchot, albowiem Valleix (1848) ostrzega uroczyście o niebezpieczeństwie takiéj barbarzyńskiéj praktyki, narażającéj chorych na prawdziwe męczarnie, zamiast pozwolić im spokojnie wyczekiwać śmierci. Podziwienia godną była więc odwaga Fleury'ego, który mimo to używał zabiegów wodnych u suchotników (1850). Stósował on w przypadkach już rozwiniętego cierpienia zimne wycierania ciała, następnie zimne 20—30 sekundowe ogólne natryski kropliste, w początkach ruchome na dolne części ciała; nie wahał się używać zabiegów wodnych i u suchotników gorączkujących i nabrał przekonania, że hydroterapija korzystnie działa we wszystkich okresach choroby, ponieważ możemy rozszerzać naczynia powierzchowne, zmniejszać napływ krwi do płuc działać pomyślnie na odżywienie ustroju, usuwać zboczenia w trawieniu i krążeniu krwi, uśmierzać gorączkę, łagodzić biegunkę i poty. Pomimo to zastósowanie hydroterapii w suchotach płucnych więcéj zyskało sobie we Francyi przeciwników niż zwolenników. Do ostatnich zaliczyć należy przedewszystkiém poważnego Bequerela, który opierając się na 100 własnych spostrzeżeniach powiada, co następuje: „U suchotników w okresie rozmiękczenia nacieku z gorączką, biegunką, częstym kaszlem, obfitém wykrztuszaniem, często i krwiopluciem oraz potami nocnemi — leczenie wodne sprawiało znaczną poprawę u wszystkich, wyraźną u wielu: kaszel łagodnieje wyraźnie, plwocina staje się skąpszą, łaknienie powraca, biegunka ustaje, siły wzrastają, — chorzy w krótkim czasie doznają ogólnéj poprawy, czują się lepiéj niż dawniéj".

Zarazem wyrabiało się już wówczas we Francyi zdanie, że hydroterapija pożyteczną jest przeważnie w postaciach przewlekłych suchot płucnych, gdy w ostrych pewną tylko może przynosić ulgę.

W Niemczech pierwszy Brehmer w Görbersdorfie nadał hydroterapii obywatelstwo w leczeniu suchot; nie uważał on jéj ani za główny, ani najważniejszy środek w tém cierpieniu, ale posługiwał się hydroterapiją jako czynnikiem pomocniczym i dopełniającym w metodzie leczenia dyjetetyczno-higijenicznego i klimatycznego. Sposób jego postępowania i osiągnięte rezultaty ogłosił w ważnéj pracy Sokołowski w r. 1876. Z rozprawy téj dowiadujemy się, że używano tylko zabiegów przelotnych i mało ciepła ujmujących: zimnych omywań, potém chwilowych zimnych natrysków, nareszcie nacierań w mokrém prześcieradle. Zabiegi te stosowano tylko u chorych „najlepszéj kategoryi", odznaczających się pomyślnym stanem ogólnym bez zmian lub z nieznacznemi tylko zboczeniami w płucach, tudzież u okazujących dziedziczne lub nabyte usposobienie suchotnicze. Ilekroć

po krótkim czasie nie postrzegano wyraźnéj poprawy, przestawano używać zabiegów wodnych, u chorych zaś bardzo niedokrewnych, z trawiącą gorączką wcale ich nie używano. Otóż z pośród 105 chorych tym sposobem leczonych postrzegano u 39 zupełne wyleczenie, u 34 znaczną poprawę, u 19 niewielkie polepszenie, u 7 nie osiągnięto żadnéj poprawy, u dwóch nastało pogorszenie a 4 umarło podczas leczenia.

Mamy tu więc już przed sobą dość ściśle określone wskazania hydroterapii w suchotach płucnych oraz wcale pomyślne wypadki leczenia.

Pomimo to hydroterapija suchot płucnych uprawianą była przez długi jeszcze czas w niewielu tylko zakładach leczniczych (np. Davos, Falkenstein), ale nie rozpowszechniła się jeszcze w ogólném lecznictwie. Liczniejszych zwolenników zyskała sobie hydroterapija we Francyi: Peter polecał przeważnie zimne zmywania ciała gąbką, Souplet kąpiele letnie, przypisując im usuwanie potów, wzmaganie łaknienia, poprawę snu, łagodne podniecanie układu nerwowego itd. W ostatnich czasach przemawia tamże gorąco za hydroterapiją suchot głośny klinicysta paryski Jaccoud, Dujardin-Beaumetz i i.

Po dokonaném przez Kocha odkryciu prątków gruźliczych i wykazaniu przyrody zakaźnéj suchot płucnych zdawało się na razie, że używanie zabiegów wodnych u suchotników straci wszelką podstawę, — zwrócono się téż prawie jednomyślnie do poszukiwania środków przeciwzakaźnych. Ale gdy wszystkie leki swoiste prawie zupełnie zawiodły i dotychczas zawodzą, zrozumiano, że przeważném zadaniem lecznictwa jest działanie zapobiegawcze — i znów wzięto się między innemi i do zabiegów wodnych.

1. Główne zadanie hydroterapii suchot płucnych jest przyrody higijenicznéj i zapobiegawczéj.

Aczkolwiek jest rzeczą niewątpliwą, że gruźlica jest chorobą zakaźną, to przecież pewna i to, że do powstania zakażenia gruźliczego konieczne są pewne sprzyjające warunki w samym ustroju. Zapobieganie wytworzeniu się tymto warunkom, oraz zwalczanie i usuwanie już istniejących, musi być zatém pierwszém i najważniejszém zadaniem wszelkiego leczenia.

Jakież są owe warunki w ustroju sprzyjające zakażeniu gruźliczemu?

W ogóle należy powiedzieć, że z jakiéjbądź przyczyny pochodzące, miejscowe lub ogólne osłabienie ustroju sprzyja w wysokim stopniu zagnieżdżeniu się i rozwojowi prątków gruźliczych w ciele, gdy przeciwnie ustrój zdrowy i silny opiera się skutecznie zakażeniu gruźliczemu i albo zabójcze natręty z siebie wydala, albo czyni je w sobie nieszkodliwemi.

Zasługuje tu przedewszystkiém na uwagę odziedziczone lub nabyte usposobienie suchotnicze, uwydatniające się pewną nieprawidłową budową i rozwojem ciała (*habitus phthisicus*): wątłość kośćca, małe serce, wielkie płuca, wąski układ tętniczy, niestosunkowo krótki przewód pokarmowy (Beneke, Brehmer), wąska i płytka klatka piersiowa, słabe mięśnie piersiowe, cienka przeświecająca skóra. Zboczenia te ustrojowe sprawiają rychléj lub późniéj, że krążenie krwi w płucach (mianowicie skutkiem małéj siły popędowéj serca) a więc i odżywienie naczyń i miąższu płucnego odbywają się niedostatecznie, że gwoli osłabienia mięśni oddechowych płuca nie dość silnie podczas wdechu się rozszerzają, że powierzchnia płuc oddechowa przez to jest zmniejszoną, a mianowicie przewiew szczytów płucnych niedostateczny. Hanau kładzie główny nacisk na to, że skutkiem osłabienia mięśni wydechowych, ruch wydechowy szczytów jest zbyt mały, przez co pył i prątki zakaźne trudno z nich mogą być wydalone.

Usposobienie do zakażenia gruźliczego powstaje częstokroć i w inny sposób. Wystarczają tu już nader często różne niepomyślne wpływy psychiczne, które przytłumiając czynności układu nerwowego osłabiają krążenie krwi, psują trawienie, zwalniają przemianę materyi i wywołują zboczenia w odżywieniu, przez to obniżają odporność ustroju i sprzyjają schorzeniu gruźliczemu. Podupadła innerwacyja naczynioruchowa obniża siłę popędową serca, parcie krwi w układzie tętniczym opada, serce zwiększonéj tym sposobem pracy z trudnością może podołać, nastaje częstokroć bicie serca. Zaburzenia te wytwarzają się tém rychléj ilekroć osłabioną jest i innerwacyja oddechowa, bo gdy nie dość głębokie ruchy oddechowe niedostatecznie wpływają na krążenie krwi w klatce piersiowéj, powstaje nieprawidłowy stosunek między siłą popędową serca a zawadami w małém kole krążenia, wytwarzają się zboczenia odżywcze w płucach. W takich warunkach już prosty nieżyt oskrzelowy sprzyja zagnieżdżeniu się i rozwojowi prątków gruźliczych, ponieważ nie tylko błona śluzowa bywa pozbawioną ochraniającego ją nabłonka, ale i w warstwach podnabłonkowych powstają zmiany odżywcze. Podobnie i ogólne stany osłabienia po różnych ciężkich chorobach, jako téż wszelkie zboczenia w mięszaninie krwi i soków obniżają dzielność życiową komórek i ułatwiają zakażenie gruźlicze; przedewszystkiém ma tu doniosłe znaczenie osłabiona czynność serca, bo im serce działa silniéj, tém odporniejsze są tkaniny i na odwrót.

Wszystkie wspomniane zboczenia wywołują znaną słabowitość ustrojową, cechującą się małą odpornością na wszelkie wpływy szkodliwe, brakiem wytrwałości w pracy fizycznéj, oraz tém, że zmiany chorobowe nie tylko łatwo w narządach powstają, ale i powstawszy uporczywie się nadal rozwijają.

Zmniejszenie i usunięcie tego usposobienia do suchot i osłabienia ustrojowego może jedynie zabezpieczyć od grożącego niebezpieczeństwa, stanowi zatém główne i najprzedniejsze zadanie leczenia zapobiegawczego. Zapobieganie to polegać może jedynie na wzmacnianiu i hartowaniu ciała w najobszerniejszém słowa znaczeniu, rozpoczęte w najwcześniejszym wieku, uprawiane wytrwale i systematycznie.

Osiągnięcie zadania tego napotyka na wielkie trudności, wynikające z nowoczesnéj metody wychowania i życia. „Człowiekowi, powiada Peter, jak wszystkim innym stworzeniom przeznaczono żyć na wolném powietrzu. Ale cywilizacyja wszystko zmieniła: zamiast niezmierzonego sklepienia niebios pokryliśmy się sztucznemi dachami, w miejsce wolnego bez granic powietrza używamy szczelnie odgraniczonego i zatrutego. Przebywając śród murów coraz więcéj a więcéj się ścieśniających, mieszkaniec miasta podkopuje ciało i ducha, bo nie uznaje różnicy między dniem a nocą, byle tylko przedłużyć trwanie pracy lub używania i témto organiczném zużyciem wyniszcza się przedwcześnie, wyrabia warunki sprzyjające rozwojowi gruźlicy w samym sobie lub swojém potomstwie. Powstrzymać rozwój gruźlicy lub zapobiedz mu można tylko przez zupełną zmianę całéj higieny życia. Nieszczęsny, kto tego uczynić nie może lub mogąc nie czyni.“

Ilekroć zatém istnieje usposobienie do suchot płucnych, zadaniem naszém jest ustrój wzmocnić, wyrównać zboczenia wynikające z niedostatecznego oddychania i osłabienia serca,

wyzyskać pomyślny wpływ czystego powietrza, światła i ciepła. Mianowicie za pośrednictwem skóry możemy wywierać rozliczne pomyślne wpływy na różne czynności ustroju, ćwiczyć i wzmagać ich dzielność i sprawność fizyjologiczną. Podnietami termicznemi możemy bowiem ożywiać innerwacyję, wzmacniać czynność serca, zmniejszać zawady w krążeniu, podwyższać parcie ościenne w tętnicach, pogłębiać ruchy oddechowe, potęgować przewiew płuc, wytwór krwi poprawiać, ożywiając łaknienie i przyswajanie podtrzymywać przemianę materyi, tym sposobem działać pomyślnie na ogólny stan odżywienia, jednem słowem zwalczać skutecznie usposobienie suchotnicze.

W jakiéj postaci należy używać w tym celu hydroterapii?

W ogóle są tu wskazane i pożyteczne zabiegi wodne, w których natężenie podniety termicznéj i mechanicznéj nie przekracza zasobu sił i odporności ustroju, aby po każdym zabiegu występowała łatwa i dostateczna reakcyja. Zabiegi te nie powinny ujmować ciału wiele ciepła, a więc i nie obniżać ciepłoty ciała; dla tego najlepiéj stosować je po uprzedniém ogrzaniu skóry, albo bezpośrednio po wyjściu z pościeli, lub téż po poprzedzającém otuleniu suchém lub wilgotném, trwającém aż do chwili ogrzania, tudzież po krótkiéj łaźni szafkowéj, ruchu mięśniowym; w innych przypadkach dobrze działa uprzednie wypicie szklanki ciepłego mleka lub polewki winnéj. U osób nie zbyt jeszcze osłabionych działają tu najkorzystniéj zabiegi przelotne o niskiéj ciepłocie wody, połączone z dostatecznym bodźcem mechanicznym. Tylko u osób z bardzo wygórowaną wrażliwością można używać średnich stopni ciepła; nie są one jednak bynajmniéj mniéj nieprzyjazne, gdyż chorzy niedokrewni dłużéj po nich ziębną i nieraz przez cały dzień dla braku dostatecznéj reakcyi ogrzać się nie mogą. W takich razach lepiéj zaniechać wszelkiego ochładzania i używać raczéj sposobem Dettweilera suchych wycierań skóry. U zołzowatych, szczególnie w postaci otrętwiałéj, można obok zabiegów podniecających używać często z korzyścią zabiegów przyspieszających wessanie wypocin i obrzmień limfatycznych, a mianowicie dłużéj trwających otuleń, łaźni, kąpieli ciepłych z następującym natryskiem lub polewaniem zimném i t. p. W wieku dziecięcym można z pożytkiem stosować kąpiele letnie (30° C. i niżéj) stopniowo ochładzane, które wyrównywając ciepłotę skóry ożywiają powierzchowne krążenie krwi, podniecają łagodnie układ nerwowy, ożywiają przemianę materyi, wzmagają czynność oddechową skóry, nie rozpieszczając jéj jak kąpiele ciepłe. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

VI.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok**.

Franciszek Ch., starzec lat 60 przeszło liczący, od pewnego czasu schorzały, według zeznania świadków chodził jednak po wsi aż do d. 20 października, tegoż dnia był na upominkach i podchmielony przyszedł do chaty Jurka B., gdzie uderzony został w lewą połowę klatki piersiowéj. Następnego dnia postawiono mu bańki, a d. 22 października, więc we 2 dni po pobiciu, nastąpiła śmierć jego. Sekcyja sądowa, uskuteczniona d. 24 października przez Dra A. i chir. B., wykazała co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki starca wzrostu małego okazują brudno-zielone zabarwienie powłok na obu bokach szyi obrzękłych wodnisto, w górnéj części klatki piersiowéj, na brzuchu, na plecach, oraz rozległe sińce pośmiertne na krzyżach i górnych częściach odnóg dolnych. 2) Stężenie pośmiertne utrzymuje się w miernym stopniu jeszcze w odnogach dolnych. 3) Na grzbiecie nosa otarcie skóry przyschnięte, przedstawiające strupek brudno-czarniawy wielkości fasoli. 4) Na policzku lewym liczne strupki drobne po przyschnięciu drobnych przeczosów wielkości ziarna prosowego. 5) Na powiece górnéj i na łuku brwiowym drobne zasinienia, które po przecięciu nie wykazują wybitnéj wybroczyny podskórnéj. 6) Z otworów nosowych wypływa ciecz brudno-czerwona. 7) Na lewéj połowie klatki piersiowéj z przodu ślady po ośmiu bańkach siekanych rozmieszczone jednostajnie w około brodawki piersiowéj. 8) Przy obmacywaniu klatki piersiowéj, zwłaszcza pojedynczych żeber po stronie lewéj, wyczuć się daje nadmierna ruchomość w okolicy żebra 3, 4, 5 i 6, a przy głębszém naciskaniu słyszeć się daje nawet krepitacyja z ocierania się odłamków żebrowych w okolicy kości mostkowéj od strony jéj lewéj. 9) Po stronie prawéj żebra uginają się pod naciskiem, ale nie wydają się złamanemi, ani krepitacyi tamże nie słychać. 10) Zresztą nie widać na skórze klatki piersiowéj z przodu ani z tyłu zasinień za życia powstałych, ani téż na powłokach zewnętrznych nie widać żadnych zresztą otarć lub zranień.

B. Oględziny wewnętrzne. 11) Powłoki czaszkowe nigdzie nieuszkodzone, niedokrewne. 12) Kości czaszki grubości prawidłowéj, nigdzie nienadwerężone. 13) Mózg z powodu rozpoczynającéj się zgnilizny rozłazi się, blady, zawiera w komórkach bocznych po kilka kropel płynu surowiczego. 14) Podstawa czaszki nienaruszona, zatoki żylne zawierają nieco krwi czarniawéj. 15) Jama ust wolna. 16) Błona śluzowa krtani i tchawicy brudno-szarawo zabarwiona i pokryta śluzem brudno-czerwonym. 17) Mięśnie powlekające klatkę piersiową po stronie lewéj przesiąknięte wybroczyną krwawą w okolicy żebra 3, 4, 5 i 6go, szczególniéj w częściach swych przednich. Po odpreparowaniu włókien mięsnych i oddzieleniu ich od żeber odsłaniają się mięśnie międzyżebrowe, również w okolicy powyższéj krwią wybitnie czerwono zabarwione, jakotéż okazują się miejsca złamania żeber. I tak złamanemi są żebra: 3, 4 i 6te; żebra 3 i 4te złamane są więcéj gładko w miejscach przechodzenia żeber w częściowo zwapniałe chrząstki żebrowe, łączące żebra z kością mostkową. Po otwarciu klatki piersiowéj i usunięciu mostka widać po stronie lewéj sterczący przez przedartą opłucnę żebrową odłamek żebra 6go, podczas gdy miejsca złamania żebra 3 i 4go pokryte opłucną. Opłucna jednak żebrowa nie jest w sposób wybitny krwią nasiąkła, a miejsce przedarcia opłucny żebrowéj ponad żebrem 6tém nie jest również otoczone wybitną wybroczyną; nadto miejsce przedarcia opłucny żebrowéj zwiększa się obecnie przy naciskaniu klatki piersiowéj, skutkiem czego naoczną również jest rzeczą, że i przedarcie opłucny żebrowéj nie powstało w sposób tak wybitny za życia, lecz dopiero obecnie przy naciskaniu i ugniataniu klatki piersiowéj, oraz przy otwieraniu jéj przez przecinanie części chrząstkowych żeber i wydobywanie kości mostkowéj. Przy otwieraniu klatki piersiowéj nie wydobywało się powietrze z otwartéj jamy opłucny po stronie lewéj. 18) W jamie opłucnowéj po stro-

nie lewéj po wydobyciu płuca, które w częściach tylnych i dolnych dość silnie za pomocą starych błon do opłucny żebrowéj przyrośnięte było, okazuje się krew płynna czarna w ilości łyżki nagromadzona, a płuco lewe okazuje płat górny trzeszczący, płat dolny zaś w tylnych i dolnych częściach jest częściowo opłucny pozbawiony skutkiem oddarcia się téjże przy wydobywaniu, płat ten jest bezpowietrznym, oraz zalewa się płynem brudno-czerwonym. Górny zraz płuca lewego zalewa się na przekroju cieczą pienistą czerwonawą, płat zaś dolny, szczególniéj w częściach dolnych i tylnych zalewa się również na przekroju cieczą brudno-czerwoną niepienistą, przedstawiając wybitny obraz czerwonego nacieku zapalnego. Płuco lewe w całości, a szczególniéj w przednich swych częściach, nie okazuje nigdzie śladu oddarcia opłucny płucowéj, a zwłaszcza w okolicy odłamka żebra 6go nie widać żadnego zranienia. 19) Płuco prawe, do opłucny żebrowéj nieprzyrośnięte, okazuje zraz górny miernie przekrwiony i zawierający powietrze, miąższ bowiem trzeszczy na przekroju, płat zaś środkowy i dolny, zwłaszcza w częściach tylnych, okazuje miąższ bezpowietrzny, na przekroju zalewający się płynem brudno-szarawym niepienistym. Zabarwienie miąższu w tych częściach żółtawo-szarawe. 20) Żebra po stronie prawéj nie są nigdzie naruszone. 21) Serce wiotkie w stanie rozkurczu obłożone mierną ilością tłuszczu wzdłuż rowków podłużnych i poprzecznych, komórki zawierają nieco krwi czarniawéj, wiotko skrzepłéj i miąższ na przekroju brudno-żółtawy. Zastawki w komórkach domykalne, u podstaw swoich zwapniałe, zastawki tętnic prawidłowe; aorta w łuku wielkim okazuje na błonie wewnętrznéj początki zwapnienia. 22) Wątroba w połowie wewnętrznéj zielono zabarwiona, w połowie zewnętrznéj okazuje miąższ brunatno-żółty. 23) Śledziona nieco powiększona okazuje miąższ nadgniły zielonkowato-brudno-wiśniowy. 24) Nerki obrzękłe, torebka schodzi gładko, miąższ na przekroju wypukła się i jest w części brunatnawo-żółtawo zabarwiony, po części zaś już zgniły. 25) Żołądek próżny, błona jego śluzowa dość grubą warstwą śluzu pokryta, nieco zgrubiała. 26) Jelita cienkie zawierają w części biodrowéj kał płynny żółtawy, jelita grube zaś kał gęsty żółtawo-zielonkowaty. 27) Pęcherz zawiera nieco moczu żółtawego zmętniałego.

Na podstawie sekcyi orzekli pp. obducenci co następuje:

Sekcyja wykazała:

1) Drobne zdrapania na grzbiecie nosa i na policzku lewym, uszkodzenie lekkie, nader nieznaczne.

2) Złamanie żeber 3go, 4go i 6go po stronie lewéj, szczególniéj zaś złamanie żebra 6go powstałe za życia, za czém przemawia wybitna wybroczyna krwawa przesiąkająca włókna mięśnia piersiowego większego i mniejszego, oraz mięśni międzyżebrowych.

3) Zapalenie płuca po stronie prawéj i po stronie lewéj, a mianowicie zapalenie płatu środkowego i płatu dolnego, znajdujących się w okresie zwątrobienia szarego i zapalenie płatu dolnego płuca lewego znajdującego się w okresie zwątrobienia czerwonego, skutkiem czego naoczną jest rzeczą, że płuco prawe prędzéj uległo zapaleniu niż płuco lewe.

4) Brak jakiegokolwiek urazu zewnętrznego na powierzchni płuca lewego w miejscach odpowiadających złamaniu żeber 3, 4 i 6go, szczególniéj zaś w miejscu odpowiadającém złamaniu żebra 6go.

5) Objawy obrzęku reszty płuc.

6) Objawy porażenia serca znalezionego w stanie rozkurczu, o miąższu stłuszczonym, jakoteż objawy stłuszczenia wątroby i nerek.

Na podstawie przytoczonych szczegółów orzekamy, że denat zmarł skutkiem zapalenia obustronnego płuc i w dalszém tegoż następstwie skutkiem porażenia stłuszczonego serca, stłuszczenia innych organów wewnętrznych i obrzęku reszty płatów płucowych zapaleniem niezajętych, któreto sprawy chorobowe za bezpośrednią przyczynę śmierci uważać należy.

Co się tyczy oznaczenia przyczyny śmierci pośredniéj, a mianowicie w celu stanowczego orzeczenia, czy zachodzi związek przyczynowy między złamaniem 3 żeber a zapaleniem płuc, upraszamy o przeprowadzenie śledztwa w następującym kierunku:

1) Należałoby ściśle oznaczyć, kiedy denat już czuł się chorym, prawdopodobną jest bowiem rzeczą, że musiał już 18 lub 19 października dostawać dreszczy, gorączki i kłucia w boku prawym, a późniéj w boku lewym, nadto musiał odpluwać krwią.

2) Czy denat czuł się chorym w chwili pobicia i złamania żeber.

3) Czy denat pracował jeszcze w dniach 18 i 19 października i czy w tych dniach lub przedtém narażał się na zmiany dżdżystego powietrza, przeziębienia i t. d.

4) Kiedy mu stawiano bańki siekane i gdzie denat uskarżał się na ból gwałtowny. Po wyjaśnieniu tych szczegółów wydamy stanowcze orzeczenie, a obecnie zaznaczamy, że najprawdopodobniéj nie zachodzi związek przyczynowy między złamaniem żeber a zapaleniem płuc i że obrażenie nastąpiło już wówczas, kiedy denat czuł się chorym i pozostawał w pierwszym okresie zapalenia płuca prawego.

W każdym razie złamanie 3 żeber u sędziwego denata stanowi uszkodzenie ciała ciężkie z niezdolnością do pracy zawodowéj powyżéj dni 20stu, a nawet 30stu, zwłaszcza, że nawet w razie pomyślnego przebiegu gojenia się zrośnięcie złamania żebra 6go wymagałoby było dłuższego czasu.

Złamanie to 3 żeber nastąpiło prawdopodobnie skutkiem zadziałania ciała tępego i gładkiego ze znaczną gwałtownością, a szczególniéj kolankowania, albowiem na powłokach zewnętrznych nie widzieliśmy żadnych otarć ani téż zasinień (z wyjątkiem śladów po bańkach siekanych), a nadto ta okoliczność, że złamaném zostało żebro 3 i 4te, a następnie 6te (5te zaś nie) przemawia za dwukrotném zadziałaniem ciała tępego i gładkiego, a nie za jednorazowém uderzeniem n. p. o brzeg ławy, gdyż w razie tak gwałtownego uderzenia byłyby złamały się żebra dwa lub trzy, ale tuż obok siebie położone.

Po przeprowadzeniu śledztwa w kierunku przez siebie wskazanym pp. obducenci wydali ponowne orzeczenie téj treści:

Z otrzymanych aktów śledztwa dowiedzieliśmy się następujących ważnych dla nas szczegółów.

1. Maryja Ch., wdowa, zeznaje, że mąż jéj już na 3 tygodnie przed śmiercią skarżył się na kolki w piersiach a po pobiciu kolki się znów wznowiły i do tego stopnia, że do własnéj chaty powrócić nie mógł.

2. Jurko B. zeznaje również, że już przed pobiciem Franciszek Ch. uskarżał się na kolki w piersiach.

3. Rozalija M., siostra służebniczka, podaje, iż Franciszek Ch. uskarżał się głównie na bóle kłujące po stronie lewéj.

4. Wreszcie z zeznań wszystkich innych świadków

wynika, że Franciszek Ch. mimo uskarżania się na kaszel i kolki chodził po wsi a w dniu pobicia był na upominkach i podchmielony przyszedł do chaty Jurka B.

Wynik zeznań odpowiada niemal w zupełności twierdzeniu w naszém pierwotném orzeczeniu wyrażonemu, a mianowicie przemawia za schorzeniem obu płuc i skłonnością ich do ulegnięcia sprawom zapalnym. W obec tego wyniku śledztwa orzekamy též obecnie stanowczo:

1. Że denat zmarł skutkiem obustronnego zapalenia płuc.

2. Że najprawdopodobniéj już w chwili pobicia płuco jego prawe znajdowało się w stanie rozpoczynającego zapalenia i że gdyby nawet nie był pobitym, to zapalenie to byłoby się daléj rozwijało i odpowiednie przemiany chorobowe przechodziło, zaś okoliczność ta, że denat chodził w dniu pobicia i czuł się względnie zdrowym wcale nie zbija niniejszego twierdzenia, albowiem chorzy dotknięci czy to zapaleniem płuc, zwłaszcza rozwijającém się bez zadrażnienia opłucny, czy to dotknięci tyfusem, zwykle przez pierwsze dni choroby czują się niezbyt mocno chorymi i oddają się zwykłym zatrudnieniom, a kładą się dopiero w dniach następnych, gdy już zmiany chorobowe bardzo im dokuczają z powodu znaczniejszéj gorączki lub kłucia.

3. Orzekamy stanowczo, że płuco prawe zakryte żebrami nienadwerężonemi, uległo wcześniéj zapaleniu, niż lewe, albowiem w płucu prawém wykryliśmy znamiona zwątrobienia szarego, tj. okresu wcześniejszego zapalenia, niż w płucu lewém, w którém zmiany były świeższe, zwątrobienie czerwone.

4. Że do zejścia śmiertelnego zapalenia płuc przyczyniła się głównie ta okoliczność, że i drugie, t. j. lewe płuco, uległo również zapaleniu i sprawy te zapalne z małą różnicą co do czasu swego rozwoju równocześnie przebiegały utrudniając w wysokim stopniu sprawę oddechania.

5. Że złamanie 3ch żeber po stronie lewéj w sposób urazowy i bezpośredni nie wywołało zapalenia płuca lewego, nigdzie bowiem nie znaleźliśmy skaleczenia lub zadraśnięcia opłucny lub miąższu płuca po stronie lewéj, lecz zaprzeczyć się nie da, że kolankowanie i złamanie żeber u osoby skłonnéj do spraw zapalnych w płucach mogło wpłynąć szkodliwie na stan płuca lewego i organ ten przekrwiony już skutkiem rozpoczynającego się zapalenia w płucu prawém mógł têm łatwiéj uledz zapaleniu i przez to wywołać pogorszenie sprawy chorobowéj, têm łatwiéj więc nastąpiła śmierć denata.

6. Że stanowczo orzec nie można, czy bez kolankowania i złamania 3ch żeber u starszego i schorzałego człowieka przebieg zapalenia płuc byłby zupełnie pomyślnym, zwłaszcza, że płuco lewe skutkiem zapalenia opłucny przebytego już dawniéj przed laty było przyrośniętém w dole i z boku do opłucny żebrowéj, skutkiem czego już i funkcyje tego płuca były w pewnéj mierze upośledzone.

Potwierdzając zatém wszystkie szczegóły pierwszego orzeczenia orzekamy, że związku przyczynowego między złamaniem 3ch żeber po stronie lewéj a zapaleniem płuc stanowczo wykluczać nie można, że jednak złamanie to skutkiem gwałtownego kolankowania w obec już najprawdopodobniéj rozwiniętego zapalenia płuca prawego mogło przyczynić się do têm szybszego wywołania zapalenia płuca lewego, a przez to do pogorszenia całéj sprawy chorobowéj i w końcu zejścia śmiertelnego.

Wreszcie pp. obducenci wydali jeszcze następujące orzeczenie wyjaśniające:

Dodatkowo orzekamy, że wyrażenie nasze „że złamanie 3 żeber mogło się przyczynić do têm szybszego zapalenia płuca lewego itd.“ pojmujemy w têm znaczeniu, iż w przypadku niniejszym w obec indywidualnego usposobienia denata, t. j. schorzenia jego płuc, gwałtowne pobicie złe skutki za sobą pociągnąć musiało i przyczyniło się do têm szybszego wywołania zapalenia płuca lewego, przyspieszając przez to śmierć denata.

Têm orzeczeniem wcale wyczerpującém nie zadowolił się atoli Sąd, z powodu, że „orzeczenie nie wyjaśnia należycie przyczyny śmierci“ i przesyłając akta śledztwa żądał od Wydziału lek. odpowiedzi na następujące pytania:

1. Co w obecnym przypadku najbliższą było przyczyną śmierci i co sprowadziło tę przyczynę,

2. ze względu, że spostrzeżeniem lekarskiém sprawdzono złamanie 3 żeber, czy śmierć Franciszka Ch. byłaby nastąpiła w tym samym czasie, jak nastąpiła, mimo złamania żebra.

3. W razie gdyby Wydział lek. orzekł, iż śmierć Franciszka Ch. w obec złamanych 3ch żeber nie byłaby nastąpiła w tym czasie, uprasza się o wydanie orzeczenia

4. czy złamanie 3 żeber sprowadziło śmierć Franciszka Ch.

a) już z natury swéj w ogólności,

b) lub też w skutek właściwego ustroju osobistego, czyli szczególnego stanu zdrowia Franciszka Ch., t. j. zapalenia płuc,

c) czy też wreszcie złamanie to żeber sprowadziło śmierć w skutek przyczyn pośrednich, które przypadkowo do niego przystąpiły, lecz do których złamanie to żeber stało się powodem lub które z niego wynikły.

5. Czy śmierci można było zapobiedz wczesną i odpowiednią pomocą.

Odpowiedź Wydziału lek. opiewała:

1. Przyczyną śmierci Franciszka Ch. było porażenie serca i obrzęk płuc w skutek zapalenia włóknikowego płuc.

2. Wiek i stan serca Franciszka Ch. każą wnosić, że śmierć jego byłaby najprawdopodobniéj nastąpiła, choćby nie był doznał obrażenia cielesnego w d. 20 października. Ze ścisłością matematyczną atoli nie podobna oznaczyć, czy Ch., gdyby nie był doznał obrażenia, byłby w tym samym czasie umarł. Wydział mniema, że Sądowi rozchodzi się o to, czy obrażenie, które poniósł mocno schorzały Ch., przyczyniło się do jego śmierci, a względnie, czy ją przyspieszyło. Otóż na to pytanie Wydział nie waha się odpowiedzieć twierdząco, ponieważ wątpliwości nie ulega, że tak silne ugniecenie klatki piersiowéj (choć po stronie zdrowszéj), że nastąpiło złamanie 3ch żeber, musiało wpłynąć bardzo niekorzystnie na bieg choroby tak ciężkiéj, a têm samém przyczyniło się po części do śmierci chorego i przyspieszyć ją mogło.

3. W obec niemożności ścisłego rozgraniczenia, co przypada na karb zapalenia płuc, które niewątpliwie istniało na kilka dni przed obrażeniem, a co na obrażenie samo, zbyteczną staje się odpowiedź na pytanie 3cie, 4te i 5te świetnego Sądu. Nie ma bowiem podstawy do przypuszczenia, że złamanie 3ch żeber sprowadziło śmierć Franciszka Ch. i dla tego złamanie to uznać należy za ciężkie uszkodzenie cielesne, które w danym razie byłoby pociągnęło za sobą nadwerężenie zdrowia, przynajmniéj przez dni 30 trwające.

Pomimo nader dokładnego protokółu sekcyjnego i wyczerpującego orzeczenia pp. obducentów, z którém Wydział

lekarski w zupełności się zgodził, Sąd w przypadku danym uznał za potrzebne zasięgnąć zdania Wydziału, — i nie dziwnego, albowiem szczególny zbieg okoliczności był uderzającym, a dla nielekarzy musiał budzić niejakie wątpliwości. Że człowiek niemłody z włóknikowém zapaleniem płuc może chodzić aż na dwa dni przed śmiercią a nawet podochocić sobie, — to nielekarzowi zdaje się prawie niepodobném, podczas gdy lekarz u ludu prostego naszego podobnych przypadków weale do rzadkości nie zalicza. Dla sędziego przeciwnie, związek przyczynowy pomiędzy pobiciem tak znacznêm, które wywołało złamanie 3ch żeber, a śmiercią, która nastąpiła już we 2 dni po obrażeniu, mógł się wydawać niewątpliwym, podczas gdy lekarz związek ten mógł wykluczyć stanowczo, a co najwięcéj przypuścić, że obrażenie wpłynęło szkodliwie na stan chorobowy i że ono śmierć przyspieszyć mogło.

Nierównie łatwiejsze i bardziéj przekonywające byłoby zadanie znawcy, gdyby opierając się na fakcie, że według obecnych zapatrywań zapalenie płuc włóknikowe jest chorobą zakaźną, wykluczył stanowczo i w ogóle możność powstania zapalenia płuc i w podobnych innych przypadkach sądowych skutkiem urazu; rzecz byłaby niezawodnie uproszczoną, ale czy zgodnie z prawdą i z wymogami sprawiedliwości, to inne pytanie. Dla tego też pp. obducenci postąpili dobrze, że kwestyi téj teoretycznéj w orzeczeniu swém weale nie poruszyli. Przed kilku laty miałem sposobność słyszenia przy rozprawie ostatecznéj zdanie kolegi, wykluczającego stanowczo związek pomiędzy obrażeniem klatki piersiowéj a zapaleniem płuc włóknikowém, a opierającego się na nowszém pojęciu o przyrodzie zakaźnéj téj choroby. Zbyteczna dowodzić, jak dalece należy być ostrożnym w obec Sądu z teoryjami nowemi, jeszcze nie należycie ustalonemi. Co do mnie przynajmniéj, nigdy nie mogłem wyzwolić się od wiary, że uraz może wywołać zapalenie płuc włóknikowe, skoro miałem w praktyce sądowéj przypadki, w których najdokładniejsze wywiady przemawiały za powstaniem choroby urazowém, a przypuszczenie innéj przyczyny, jak zakażenia, przeziębienia, byłoby wymuszoném i naciągniętém, a więc weale nieusprawiedliwioném. Od czasu gdy Litten w r. 1882 wystąpił z kliniczną pracą swoją o zapaleniu płuc urazowém (*Kontusionspneumonie*), dowodząc jego istnienia, lekarze sądowi têm śmieléj przemawiać mogli w pewnych przypadkach za związkiem przyczynowym między urazem a zapaleniem płuc, bez obawy, aby ich nie posądzono o zacofanie, ponieważ występują niby przeciw teoryi uzasadnionéj. W ostatnich czasach Koch w Monachijum napisał rozprawę o pneumonii urazowéj (1886), w któréj przytacza przypadek niewątpliwy a podobny z kliniki prof. Thierscha w Lipsku opisuje i Wagner (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 10) zdając sprawę o pracy Kocha. Niedawno temu Bamberger (*W. allg. med. Ztg.*, 1887, Nr. 27) przedstawił w klinice swojéj chorego, który spadłszy ze schodów z 2go piętra uczuł natychmiast ból kłujący, a w parę godzin późniéj doznał charakterystycznego napadu dreszczu, rozpoczynającego zapalenie płuc. Takich przypadków miał sposobność spostrzegania w ostatnich latach kilku, a nie może podpadać wątpliwości, że w nich uraz był przyczyną choroby. Bamberger nie umie wytłumaczyć, jak się to zgadza z przyrodą grzybkową choroby; faktem jest, że we wszystkich przypadkach zapalenia płuc włóknikowego znajduje się charakterystyczne diplokoki Friedländera, bez względu w jaki sposób powstały. Wprawdzie u zwierząt nie można przez uraz wywołać zapalenia płuc, ale też u nich w ogóle zapalenia włóknikowego wywołać sztucznie nie podobna. Przypuszczają niektórzy, że uraz jest tylko przyczyną pośrednią zapalenia płuc, że uraz wywołuje tylko stosunki zmienione, jak przekrwienie itd., które sprzyjają osiedleniu się w płucach pneumokoków, ale czy rzecz istotnie tak się ma, rozstrzygać trudno. W każdym razie zasługuje na uwagę, że i w przypadkach, w których uraz jako przyczynę koniecznie przypuścić należy, w płucu chorém diplokoki wykazać można. W obec takiego zapatrywania doświadczonych klinicystów lekarz sądowy nietylko ma prawo ale i obowiązek przypuszczenia urazowego zapalenia płuc włóknikowego w razach, jeżeli wywiady za tém przemawiają w sposób przekonywający. Inaczéj atoli się ma rzecz, jeżeli, jak w przypadku powyższym, okres sprawdzonego zapalenia przemawia za tém, że zapalenie płuc powstało wcześniéj aniżeli obrażenie zadane zostało; tutaj związek przyczynowy słusznie wykluczyć było można i należało.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Virchow: **O pachydermii krtani.**

(Według wykładu mianego w Tow. Lek. berl. w lipcu b. r.).

Wiadomo, że cierpienie to rozpoznano u Następcy Tronu pruskiego, to téż wielkiém było zajęcie uczestników wykładu Virchowa, który badał tkaniny wydobyte drogą operacyjną z krtani dostojnego chorego. Już w roku 1851 podjął Rheiner z inicyjatywy Virchowa badania nad błoną śluzową krtani a w szczególności nad zachowaniem się przybłonka tego narządu. Nietylko badania i spostrzeżenia Rheinera lecz już proste porównanie odpowiednich miejsc błony śluzowéj krtani a mianowicie miejsc pokrytych jeszcze przybłonkiem brukowym ze skórą wykazuje niedające się zaprzeczyć podobieństwo tych tkanin co do ich powłoki. Miejsca pokryte przybłonkiem brukowym są właśnie w krtani siedzibą zmian chorobowych, które nie mogą się rozwijać w miejscach pokrytych przybłonkiem migawkowym, mających już wszelkie cechy błon śluzowych.

Sprawy chorobowe, które Virchow obejmuje nazwą pachydermii, chcąc tym sposobem wykazać ich podobieństwo do spraw analogicznych z siedliskiem w skórze saméj, zajmują właśnie te miejsca krtani o powłoce przybłonka brukowego. Są to sprawy przewlekłe zapalne. Laryngolodzy-specyjaliści różnie je nazywają, nie zaznaczając dokładnie granicy, gdzie się kończy ich *trachoma*, a zaczyna t. z. *Chorditis hypertrophica* lub *Ch. tuberosa*. W przebiegu tych spraw przewlekle zapalnych odróżnić należy dwa szeregi zmian, przechodzących objawami znacznie granice nieżytu krtani przewlekłego. W obydwu grupach pojawia się nadmierne bujanie przybłonka brukowego, w jednéj z nich jednak obok ilościowego bujania przybłonka istnieje zmiana tegoż w miarę trwania cierpienia i stopniowe przybieranie własności przyskórka. W drugiéj grupie toczy się sprawa w powierzchownéj warstwie tkanki łącznéj już tedy w saméj błonie śluzowéj i prowadzi do powstawania rozległych rozlanych obrzęków. To odmienne umiejscowienie spraw chorobowych dozwala na zestawienie dwojakich obrazów patologicznych pachydermii krtani: w postaci rozlanéj ma błona śluzowa wejrzenie gładkie, w postaci pierwszéj, w któréj sprawa chorobowa ściśle się ogranicza, można mówić o pachydermii brodawkowatéj. Hünermann spostrzegł, że podczas gdy postać rozlana zajmuje częściej tylną część krtani, a mianowi-

cie tylne odcinki strun głosowych i otoczenie wyrostków głosowych chrząstek nalewkowych, bywa przodkowa część krtani o wiele częściéj siedliskiem zmian brodawkowatych. Zdaniem V. spostrzega się takie brodawkowate bujanie przybłonka niejednokrotnie także i na środkowych częściach więzadeł głosowych, najczęściéj bez wątpienia w przodkowym kącie, gdzie się więzadła schodzą. Nawet gołém okiem widać w tych miejscach białawą lub szarawą powłoczkę, którą łatwo zdjąć można w postaci płatków i przekonać się, że to jest przybłonek zmieniony, tak, że naśladuje przyskórek. Badanie mikroskopowe wykazuje nadto, że cała okolica pokryta jest nader gęsto brodawkami, pokrytemi obficie warstwami przybłonka, gołemu oku przedstawia się zmiana co najwięcéj jako powłoczka do aksamitu podobna. Sąto szczątki bujania brodawkowego, które w dalszym przebiegu daje powód do zmian donioślejszych szerzących się ku tyłowi i w przestrzeni pomiędzy chrząstkami nalewkowemi. Tutajto grube i twarde warstwy przybłonka pokrywające wyrostki dają powód do powstawania rozpadlin i szczelin, jakie się tak często spostrzega na podudziach po zagojeniu się modzelowatych owrzodzeń. Rozpadliny i przeczosy powstają na podudziu w skutek gwałtownego ruchu, sięgają często aż do tkanki łącznéj i wywołują obrażenia łatwo broczące. Podobnie ma się rzecz i w krtani i tymto sposobem powstają owrzodzenia nader podobne do owrzodzeń rakowatych, w pierwszym okresie ich rozwoju. Przejście tych owrzodzeń w rakowate nie ma miejsca zdaniem Virchowa.

Już z tego przedstawienia przedmiotu wynika, że w praktyce bywa częstokroć trudno oznaczyć, z jaką zmianą ma się do czynienia. Nie rozchodzi się tutaj bowiem o wykazanie przybłonka, lecz o oznaczenie, czy sprawa polega na hyperplazyi, t. j. na prostém bujaniu w głąb tkanki łącznéj. Przebieg sprawy jest tego rodzaju, że pierwotnie buja przybłonek, a dopiero następowo rozwija się brodawka i wrasta w warstwę wybujałą. Wśród takich zgrubień błony śluzowéj krtani, gdy nawet nie ma jeszcze wybujałości brodawkowatych, widać często obrazy usprawiedliwiające niniejsze zapatrywanie, czasem zdarza się nawet widzieć owe nagromadzenia przybłonka, warstwowo koncentrycznie ułożonego, które dawniéj uważano powszechnie za twory charakterystyczne dla rakowców. Najodpowiedniéj byłoby nazwać te twory kłykcinami *(condyloma)* lub jeszcze lepiéj brodawkami. Nie może się V. zgodzić z autorami, którzy te twory nazwali włókniakami *(fibroma)*, gdyż tutaj pierwotny impuls nie wychodzi z tkanki łącznéj reprezentowanéj w tych tworach tylko minimalnie, lecz jedynie z warstwy przybłonkowéj. Pomiędzy temi tworami a rakowcami brodawkowatemi zachodzi ta różnica, że w utkaniu tworów w mowie będących można zawsze dokładnie oznaczyć granicę pomiędzy tkanką łączną a przybłonkiem tak samo jak to ma miejsce w prawidłowéj błonie śluzowej. Ślad przybłonków wśród właściwego utkania tkanki łącznéj musi już wzniecić podejrzenie, że się ma do czynienia z rakowcem. Tak samo jak po pęknięciu wargi zdarzającém się tak często zimową porą nie obawia się nikt powstania w tém miejscu raka wargi, tak samo i pęknięcia i szczeliny, o których wyżéj wspomniano, nie powinny dawać powodu do obawy o powstanie raka na tle wybujałości brodawkowatych. Badając przekroje mikroskopowo można nieraz spostrzedz odosobnione gromady komórek przybłonkowych, to jednak niczego nie dowodzi i może pochodzić tylko z niewłaściwego kierunku przekroju. Jedynie dokładne badanie podstawy owrzodzenia może sprawę rozjaśnić, a jeżeli się tutaj nie wykaże tworów podejrzanych, mogą być tak wejrzenie powierzchni, jakotéż rodzaj sprawy toczącéj się na niéj zupełnie obojętnemi.

Kwestyja, czy takie wybujałości odrastają, nie stoi w żadnym związku z powyższém badaniem, a to z tego powodu, że według doświadczenia wszelkie twory mogą odrastać, to jednak jest pewném, że wśród ponawiania zabiegów można sprawę chorobową doszczętnie usunąć. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 32). *S.*

Farmakologija.

Dr. N. Weinstein: **O działaniu środka zwanego Kawa kawa.**

Kawa-Kawa (lub Awa) *Piper methysticum* (*Macropiper methysticum*) roślina rosnąca w Brazylii, służy do wyrabiania napoju odurzającego. Polecano ją już w roku 1820 w przewlekłych chorobach skórnych, rzeżączce, nieżycie pęcherza moczowego i innych chorobach. Działającym składnikiem téj rośliny jest istota żywiczna, która w dawce 0,50 — 1,0 grama zabija zwierzęta ciepłokrwiste wśród objawów porażennych. Po wstrzyknięciu podskórném téj żywicy występuje w dotyczących częściach ciała u zwierząt zupełne znieczulenie utrzymujące się przez kilka godzin; również i po zastósowaniu miejscowém na oku można wywołać znieczulenie rogówki i spojówki; u królików nie mógł jednak autor wywołać zupełnego znieczulenia całéj rogówki, tylko jéj dolnéj części, podczas gdy dotknięciem nawet bardzo nieznacznėm górnéj części wywołać mógł słabe odruchy. U ludzi nie zawsze środek ten wywołuje znieczulenie rogówki lecz tylko zmniejszenie czucia. Autor stosował środek ten w postaci wyciągu wyskokowego (w dawce 0,02 na raz; 0,06 — 0,16. dziennie) w ostrym gośćcu stawowym, rozedmie i gruźlicy płuc, w ogólnéj puchlinie wodnéj, rzeżączce i nieżycie pęcherza moczowego według formułki: *Rp. Extract. Kawae depur.* 0,20 *Sacchari albi* 3,0. *Mfp. div. in dos. decem. D. S.* Co 3 godziny proszek. W ostrym gośćcu stawowym lek ten uśmierza bóle; w rozedmie i gruźlicy płuc działa korzystnie przeciw duszności; skuteczność zaś w puchlinie wodnéj nie jest wcale wybitną. Autor podnosi wpływ tego środka na wydzielanie moczu (jeżeli nerki są zdrowe). W jednym przypadku zwiększyła się ilość moczu z 800 — 1.000cm.sz. na 1.800 — 2.200cm. sz.; w rzeżączce zmniejsza się pod wpływem tego środka wydzielina; w nieżycie pęcherzowym środek ten uśmierza bóle i jako środek moczopędny działa korzystnie. (*Medizin. Blätter*).

Dr. Józef Łazarski.

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. **Jabłonowski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Swojskie tkactwo, ograniczone do wyrobu grubego płótna, ręczników i rodzaju barwistych prześcieradeł, wszystko to li tylko z bawełny własnéj hodowli, zajmuje nieznaczną liczbę mieszkańców. Wykonywane na krosnach, któremiby pogardziła najprostsza nasza wieśniaczka, można uważać raczéj za przyczynę nędzy, jak za rzemiosło przynoszące pewne korzyści. Krosna ustawione zwykle w lochu lub sklepie z otworem od uliczki, służącym za okno i drogę doprowadzającą powietrze, zmuszają tkacza do pozostawania w téj ciasnéj przestrzeni w pozycyi bardzo niewygodnéj, bo stale podanéj naprzód ponad krosna z powodu braku światła tak koniecznego choćby tylko do związania przerwanéj nici. Wilgoć wreszcie uzupełnia ogólne złe warunki, dzięki którym tkacze tutejsi dają spory kontyngens chorych dotknię-

tych głównie cierpieniami narządu oddychania i wpośród nich spotyka się bardzo często gruźlicę płuc i zaćmę.

Obok wyrobów tkackich największy zasób sil miejscowych poświęca się obrabianiu wełny, wyrobom wojłoków i tkanin dywanów, czynności, którym wyłącznie oddają się kobiety w perskim Kurdystanie i w okolicach Hamadanu, mianowicie w prowincyjach Karagiozłu i Sultanabadu. W tych też to miejscowościach każda rodzina posiada własne krosna, stanowiące jedyne źródło ogólnego dobrobytu. I wtedy gdy mężczyzna czuwa nad hodowlą więcéj lub mniéj znacznéj ilości owiec, kobieta zachowując tradycyjny zwyczaj przędzie wełnę na kolowrotku i wrzecionie, i w miarę potrzeby zadawala się ilością przygotowaną już to własną ręką lub téż zapożycza wełnę w dalszych okolicach, spłacając ją dochodem z dokonanego wyrobu. Jak przędzenie jest proste, tak i tkanie dywanów odbywa się w sposób bardzo prosty. Cztery drewna wbite w ziemię, dwa poprzeczne drążki, służące za walce do nawijania przędzy już stosownie przygotowanéj, późniéj w miarę postępu tkaniny dwa prostopadłe drewna z walcem u góry, wreszcie kilka kamieni do utrzymania wszystkiego w równowadze, oto przyrząd, z którego pochodzą owe pyszne wyroby tak słusznie cenione i wszędzie poszukiwane. Gdy przędza raz nawiniętą została na wałek i kłębki różnokolorowéj wełny przygotowane zostały, robotnica siada na ziemi lub kamieniu, kurczy lub wyprostowuje dolne odnogi i z klatką piersiową naprzód podaną rozpoczyna swą czynność, posługując się jedynie dwoma lub trzema dziewczętami mającemi za zadanie podawać kłębki stosownie do życzenia tkającéj. Robota trwa zwykle dzień cały. I dopóki tkanina pozostaje w położeniu poziomém, tak tkaczka jak i jéj pomocnice mogą siedzieć i zajęcie idzie dość żwawo. Z chwilą jednak zawieszenia tkaniny prostopadle, sytuacyja pracujących zmienia się, bo odtąd robota odbywa się już stojąc. Rzecz więc zrozumiała, że kobiety oddające się tkaniu dywanów, pomimo że czynność ich zwykła się odbywać na dziedzińcu, a zatém i na otwartém powietrzu, przez samą pozycyję, jaką zmuszone są zachowywać przy robocie, w skutek koniecznych wysileń niezbędnych do dobrego przybicia włókien i uderzenia przednią częścią klatki piersiowéj niskiego walca, są narażone na dwojaki szereg cierpień, jakich przyczyną jest samo zajęcie. Te więc z nich, które wyłącznie oddają się tkaniu, są zwykle dotknięte długotrwałym nieżytem oskrzeli lub płuc; cierpią na dychawicę, pewna ich liczba nabawia się cierpień głównego narządu krążenia, mianowicie częstych zapałeń worka sercowego i z małym wyjątkiem wszystkie prawie kończą swój zawód w skutek rozwoju suchot płucnych. Inne znowu wprawiające się najprzód, aby zostać dobrą tkaczką i zmuszone do przepędzenia nieraz całych dni w pozycyi stojącéj, zwykle osoby młode, drogo opłacają swój nowicyjat. Trzymanie i podawanie ciężkich kłębków, najprzód sprowadza u nich rodzaj zniekształtnienia ustroju przez pochylenie na prawą stronę. Daléj powstrzymane lub utrudnione czyszczenia miesięczne, częste krwotoki, rozmaite stopnie pochyłości macicy, obniżenie się jéj ku pochwie, nieraz przerosty szyjki macicznéj, nieżyt błony śluzowéj pochwy lub dokuczliwe białe upławy, sąto stany spotykane pospolicie u tutejszych robotnic dywanów. Cierpienia te i stan ich długotrwały, prócz niezaprzeczonego wpływu, jaki wywierają na ogólny stan zdrowia, jeżeli już nie powstrzymują to z pewnością zmniejszają zdolność zapłodnienia. Wiedzą téż o tém mężczyzni. To téż każdy z nich przywięzujący znaczenie do posiadania potomstwa, prócz żony pracującéj nad powiększeniem domowego dochodu, przybiera sobie jeszcze inną, zwykle pochodzącą z mniéj lub więcéj odległych prowincyj, gdzie kobiety nie zajmują się wyrabianiem dywanów. Zysk to podwójny: jedna bowiem z żon spędza swe życie przy krosnach, druga, otrzymany z nich wyrób wynosi na bazar i stara się najkorzystniéj sprzedać, aby tém zaspokoić potrzeby całéj rodziny, nad któréj dobrobytem ona jedynie ma obowiązek czuwać i któréj powiększenie jest tu uważane za jedyne jéj zadanie.

Odpadki z wełny użytéj do wyrobu dywanów i gorszy jéj rodzaj używa się do przygotowania wojłoków i filcowych czapeczek, służących za okrycie głowy ogółowi tutejszych wieśniaków. Podobnie do tkaczów kryjących swój zmysł rzemieślniczy w podziemnych norach i wojłokarze tutejsi wykonywają swe zajęcie w nielepszych warunkach jedynie uwzględniając konieczność posiadania warsztatów w częściach miasta odległych i mało uczęszczanych. Wełna bowiem przed poddaniem jéj stosownéj obróbce, bywa najprzód wybijaną na kabłąku, zaopatrzonym w mocny i silnie naciągnięty szpagat lub grubą strunę. Podobna czynność, gdyby przynajmniéj była poprzedzoną wymyciem wełny, wtedy prochy i pyły, jakie się z niéj wydzielają, nie oddziaływałyby tak szkodliwie na zdrowie robotnika. Lecz przeciwnie widząc miejsce i pracujących, nurzających się niejako w obłoku pyłów, pozostających w powietrzu ściśniętém, znacznie przesyconém wyziewami z bliskich kałuż; daléj przypuszczając prawdopodobieństwo, że takie powietrze może zawierać i zaduchy zakaźne pochodzące z wełny zwierząt padłych w skutek częstych tu epizoocyj, nie będziemy się dziwili fatalnym stanom zdrowotnym robotników oddających się wyrabianiu wojłoków. W liczbie zaś stanów patologicznych, jakie zauważałem w pośród oddających się temu zajęciu, następujące zasługują na przytoczenie: przerost lub owrzodzenie błony śluzowéj Schneidera, porażenie nerwu węchowego, długotrwały śluzotok z nozdrzy, groźne cierpienia oczu, zapalenia wewnętrznego przewodu słuchowego, stany nieżytowe w narządzie oddychania, raz ostre i często kończące się zapaleniem płuc zrazikowém, lub téż znowu długotrwałe i prowadzące do rozwoju gruzełków płucnych; wreszcie cechujące bardzo owrzodzenia na palcach rąk i wrzody na goleniach z następowym rozpadem i zanikiem włókien mięśniowych. Ludzie téż oddający się wyrobom wojłoków wzbudzają prawdziwą litość. Pracują cierpiąc, a mały stosunkowo zysk utrzymując ich w nędzy prawie, nie pozwala nawet zwrócić się choćby tylko do swojskich środków leczniczych.

Wiedząc jak znaczna liczba mieszkańców Persyi poświęca się garbarstwu, wypadałoby sądzić, że produkt tego rzemiosła wystarcza przynajmniéj do stosownego okrycia nóg i ułatwia możność posiadania wygodnego obuwia. Dzieje się tu jednak przeciwnie, wyroby garbarskie i białoskórnicze będąc przedmiotem wywozu tylko, zmuszają mieszkańców do używania obuwia z tkanin bawełnianych, do których potrzebna podeszwa wytwarza tu inny rodzaj rzemiosła, mianowicie zbieranie szmat i ich przeróbkę. Zajęciu temu oddaje się nietylko najuboższa klasa ludności, ale nawet dość zamożni handlarze zakupujący hurtownie starą odzież, wtedy gdy pierwsza zajmuje się zbieraniem szmat, używając do tego dzieci obojga płci. Nic téż bardziéj wstrętnego dla oka jak uliczki i zaułki, gdzie się odbywa przeróbka szmat na coś pożytecznego. W norach ciasnych i wilgotnych gromadzi się po kilku podobnych rzemieślników, okrytych workiem lub łachmanem starego kaftana, pracując lub oddychając

w obłokach kurzu i pyłu powstających przy przebiórce szmat, w pośród których pędzą całe życie w najfatalniejszych warunkach higijenicznych. Zwyczaj wymywania zebranych szmat, wcale tu nie istnieje Byłobyto bowiem naruszeniem tradycyjnego lenistwa. Więc też tylko szmaty podarte lub pocięte na drobniejsze strzępy, zwilżone wodą wziętą z najbliższéj kałuży, układa się warstwami na kamiennych płytach i ubija żelaznym walcem aż do chwili przeobrażenia ich w rodzaj podatniejszéj papki. Pracujący z podwiniętemi i zwykle obnażonemi nogami, siedząc skurczony na ziemi, nie tylko że pozostaje w ciągłém zetknięciu z cuchnącą cieczą, spływającą ze szmat, ale jeszcze ubijając je, obryzguje się nią ze wszech stron. Szmaty, zwykle podejrzanego pochodzenia, niewypłukane, ani wymoczone, przerzucane tylko całemi stertami z kąta w kąt, wytwarzają ową zabójczą kurzawę nasycającą powietrze i rzecz prosta, oddziaływająca fatalnie tak na cały narząd oddychania, a prawdopodobnie i na zewnętrzne powłoki skórne. W liczbie też robotników oddających się obróbce szmat, prócz już dokuczliwego świerzbu, na który nikt tu nie zwraca uwagi, najrozmaitsze choroby skórne mają tu pełne pole do rozwoju. Parch, trąd, *lupus exsudativus*, łuszczyca, liszaj żrący prawie zawsze na twarzy, słoniowatość odnóg dolnych, ciekawe przerosty moszen, torbiele pod językiem *(ranula)*, rak na sutkach i wargach, a daléj krzywica i zołzy u dzieci, ropne zapalenie błony śluzowéj oka, długotrwałe zapalenia stawów, a wreszcie jako uwieńczenie téj nędzy moralnéj i fizycznéj suchoty płucne, oto szereg cierpień, jakim podlegają tutejsi śmieciarze. O owrzodnych zaś zniszczeniach powłok skórnych wspomnę tylko nawiasem. Sąto bowiem stany tak pospolite, że bez nich i przy ustalonéj niechlujności, istnienie tutejszego śmieciarza jest prawie niepodobném. I jeżeli wspomniane stany chorobowe są poważną przyczyną w stosunku śmiertelności tutejszych robotników, to z drugiéj strony kwestyję przerzutu pierwiastków chorób zakaźnych na pobliskie siedziby, całe dzielnice a nieraz i daléj, można włożyć na karb tutejszych śmieciarzy, dla których każdy łachman lub strzęp tylko od kogokolwiek pochodzi i czémkolwiek jest nasycony, jest zawsze korzystną zdobyczą, usuwającą samą myśl nawet o grożącém niebezpieczeństwie, tak pojedyńczym osobom jak i całemu nieraz społeczeństwu. To też na tę gałęź rzemieślniczą sanitarna władza perska oddawna już winna była zwrócić uwagę, a to témbardziéj, gdy się przekonano, że mordercza epidemija dżumy w roku 1879 w Bulaku, prawie coroczne wybuchy ospy, dławca i szkarlatyny, trwające często po kilka miesięcy, zawdzięczały swe powstanie li tylko przebijaniu szmat, pochodzących z domów, gdzie panowały choroby zakaźne Nie wystąpiono jednak przeciwko utrwalonemu zwyczajowi! Rzemiosło trwać będzie daléj i mara perskich chorób zakaźnych pozostanie jeszcze na długo postrachem sąsiadów.

Z rzędu innych rzemiosł jak szklarstwo w Kermanszachu, obrabianie łoju, mydlarstwo, wyroby naczyń miedzianych, a w pewnych prowincyjach hodowla jedwabników i obieranie ich przędzy, jedno jeszcze zajęcie zwraca na się uwagę higijenisty, a dla lekarza praktyka przedstawia dość ciekawe pole do studyjów. Jestto przygotowywanie kolorów i farbiarstwo miejscowe. Dla otrzymania pierwszych, przeważnie używa się istót pochodzenia roślinnego, z powodu jużto nieznajomości pierwiastków chemicznych lub też utrudnionego ich dowozu z zagranicy. Dotąd też utrzymało się tu przygotowywanie barwików przez samych farbiarzy, mianowicie przez kobiety, w okolicach, z których pochodzą szale, dywany i w ogóle tkaniny wełniane. Pomimo jednak, że pierwiastki używane do otrzymania rozmaitych kolorów są, jak powiedziałem, pochodzenia roślinnego (z wyjątkiem tylko purpury, jak wiadomo pochodzącéj z *Murex brandaris*, muszli znajdowanéj w zatoce perskiéj), to jednak nie pozostają one bez wpływu na zdrowie wyrabiających je, a głównie działają szkodliwie na narząd widzenia u wyrabiających je robotników. Badanie oftalmoskopem, jakiemu udało mi się poddać znaczną stosunkowo ilość tutejszych farbiarzy i wyrobnic dywanów, przekonało mnie, że u wszystkich istnieje pewien stopień zaniku w warstwie słupkowatéj siatkówki, która mało wrażliwa na barwy, sprowadza stan trudnego a w licznych przypadkach i niemożebnego ich rozróżniania. Ów daltonizm u tutejszych farbiarzy występuje zwykle po paroletnim oddawaniu się rzemiosłu; wywołuje długotrwały stan rozszerzenia źrenicy, wielką drażliwość na światło, nie bywa jednak przyczyną zaćmy lub oślepnięcia w skutek porażenia nerwu wzrokowego. Przeciwnie dotknięci tym stanem cieszą się dobrą stosunkowo siłą wzroku, lecz tylko gdy pozostają w cieniu, i z tego powodu mniéj są narażeni na przebywanie chorób zapalnych oka, tak częstych u innych tutejszych rzemieślników. Wada zaś nieodróżniania pewnych kolorów, nieodstręczając od rzemiosła, zmusza tylko do szukania pośredniego sposobu do zapewnienia się czy wybrane przez rzemieślnika kolory są odpowiednie do mającéj się wyrobić tkaniny. Do tego zaś służą cieszące się pewną powagą i zaprzysiężone na koran osoby, które nie należąc do klasy rzemieślniczéj posiłkują ją jednak siłą swego wzroku, w téj okoliczności będącego dla nich źródłem dość znacznego zysku. Na nich polega właściciel zakładu i sam niedbając o danie choćby chwilowego wypoczynku narządowi widzenia, prowadzi daléj swe rzemiosło, zarzucając świat dywanami o nieporównanych deseniach i cudnéj wartości szalami.

Szczególny interes dla lekarza dermatologa przedstawiają przypadki słoniowatości, którą z powodu wyłącznéj kategoryi osób, jakie dotyka, a niemniéj też i z powodów etyjologicznych, pozwalam sobie nazwać perską. Szerzy się ona wyłącznie prawie w pośród ubogich mieszkańców południa zajmujących się przygotowaniem materyjału opałowego z odchodów rozmaitych zwierząt. W tym celu gromady kobiet i dziewcząt wyruszają na drogi i pola, do wsi i miast, starając się zebrać wszystko co znajdą odpowiednie do spalenia. Więcéj lub mniéj znaczna ilość podobnego nawozu złożona w dołach wykopanych tuż przy mieszkalnéj lepiance podlega długotrwałemu mieszaniu nogami, aż do przeobrażenia jéj w gęstą i kleistą masę. Dół taki wkrótce staje się cuchnącą kałużą, prócz już nieznośnych wyziewów, samą swą napół płynną treścią oddziaływa szkodliwie na powłoki skórne odnóg dolnych, które przez zetknięcie się z pierwiastkami gnilnego rozkładu, a być może, że z istotami nieznanéj natury, bezwątpienia jednak działającemi drażniąco, ulegają znacznemu przerostowi warstw skórnych. Daléj napół płynna masa brana rękami z dołu uciska się i układa w rodzaj krążków i te wysuszone na słońcu są używane na opał, jako węgiel do nargileh itp. Podobnie jak przy mieszaniu w dołach nogi, tak przy téj ostatniéj czynności skóra rąk również bywa dotkniętą przerostem, co też i stanowi wyróżniającą cechę słoniowatości perskiéj od dwóch znanych jéj odmian.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Koch: **O pasteurowskich szczepieniach wąglika.** Pasteur w liście do Towarzystwa Lekarskiego wiedeńskiego (p. Przegląd Lek. z r. b. Nr. 26) twierdził, że szkoła berlińska, zmuszona faktami, zmieniła swe pierwotne zapatrywania na ochronne szczepienie wąglika. Na twierdzenie to odpowiada obecnie Koch listem ogłoszonym w *Semaine médicale*, którego treść jest następująca.

Wspomina najpierw, że wyraził się przed kilku laty, iż szczepienie ochronne wąglika nie daje dostatecznéj ochrony i trwa krótko, że zatém praktycznie nie można go zużytkować. Od tego czasu szczepienie, o którém mowa, nie zostało udoskonalone i nie dowiedziono praktyczności jego. Gdy Koch tylko zajmował się sprawą szczepień ochronnych wąglika jego zatém tylko Pasteur mógł mieć na myśli, oświadcza zatém Koch, że zupełnie nie zmienił zdania o praktyczności szczepień wąglika. Sądzi on, iż będzie rzeczą ciekawą, jeżeli wyłoży powody, które go w zapatrywaniu utwierdzają.

Pasteur opiera się na wynikach doświadczeń w ostatnich latach we Francyi: szczepią tam rocznie więcej niż 200.000 baranów a śmiertelność u szczepionych wynosi 1%, a między nieszczepionemi 10%, bydła szczepią tam corocznie więcéj niż 20.000 sztuk a śmiertelność wynosi 0·5%, gdy między nieszczepionemi tegoż gatunku wynosi prawie 5%.

Z liczb tych zdaje się okazywać, że szczepienie ochronne wąglika jest bardzo skuteczném. Ale któż ręczy za pewność tych liczb? Jak i kto zbierał pojedyncze daty do tego obliczenia? Takie pytania zada każdy, kto się statystyką lekarską zajmował.

Szczepienie ochronne wąglika bywa wykonywane od r. 1881 nietylko we Francyi ale także we Włoszech, Austro-Węgrzech, Rosyi i Niemczech. Gdyby wszędzie takie były wyniki jak we Francyi w 6ciu ostatnich latach, to należałoby się dziwić, że metoda ta nie zyskała i w innych krajach takiego rozpowszechnienia jak we Francyi. W żadnym jednak kraju nie rozpowszechniło się to ochronne szczepienie tak jak we Francyi i ani w literaturze lekarskiéj, ani weterynarskiéj nic w tym przedmiocie, o ile Kochowi wiadomo, nie podano.

Aby przynajmniéj, o ile to Niemiec dotyczy, pozyskać pewne punkty oparcia, uprosił Koch Dra Schütza, profesora szkoły weterynarskiéj w Berlinie, o zestawienie wszelkich wyśledzić się dających dat co do szczepień wykonanych w Niemczech i co do ich wyników. Z tak zebranego materyjału podaje Koch wyciąg:

1. W Gorleben zaszczepiono (w r. 1882) 31 sztuk bydła. 3 sztuki padło w roku następnym (10%). Szczepień daléj nie robiono. Następnie padło jeszcze 2 czy 3 sztuki w ciągu roku, t. j. akurat tyle, ile przed szczepieniem.

2. W Cannawurf szczepiono (1882) 33 sztuk bydła. Przed szczepieniem ginęło rocznie 1—3 sztuk. Po szczepieniu była taka sama strata. Nie szczepiono daléj.

3. W Kelbra (1886) z 140 sztuk bydła szczepiono 64, a nieszczepionych pozostało 76. Każda z tych grup utraciła po 1 sztuce. Szczepień nie kontynuowano.

4. W Riethnowhausen (1886) szczepiono 22 sztuk, w miesiąc późniéj padły 2 sztuki na wąglik.

5. W Klonie od r. 1882 szczepią wszelkie bydło i owce, t. j. średnio 270 sztuk bydła a 600 owiec. Śmiertelność u bydła wynosi między 1% a 5% (średnio 3·4%). Nieraz ulegały wąglikowi bydlęta powtórnie szczepione. Niestety brak dokładnych dat co do śmiertelności przed szczepieniem.

6. Najważniejsze daty odnoszą się do miejscowości Packisch, gdzie z polecenia Ministerstwa rolnictwa weterynarz Oemler z wielką starannością szczepi od 1882, t. j. od 5 lat, prawie wszystko bydło, średnio corocznie 80 sztuk bydła i 360 owiec, a mimo to zabiera wąglik średnio 4·2% z pierwszego, a 1·5% z drugich. I tu między padającemi znajdują się sztuki kilkakrotnie szczepione. Ze względu na wyniki, skuteczność szczepienia tak w wątpliwość podające w dwu ostatnich latach zrobiono próby: pędzono 100 sztuk owiec szczepionych i tyleż nieszczepionych, w równych zresztą warunkach, na pastwiska podejrzane, 2 sztuki z pośród szczepionych padły na wąglik, a w następnym roku także 2, ale nieszczepione. Próba zatém nie wypadła przekonywająco.

Cóż zatém, pyta Koch, sądzić o szczepieniu, które po 5-letnich próbach takie daje wyniki? W Packisch odbywa się szczepienie całkiem według zasad Pasteura, limfą dostarczoną przez agenta Pasteura, Boutroux. Nie idzie w tych doświadczeniach o liczby na tysiące, ale każde szczepienie dokładnie zanotowano i przypadki śmierci najsumienniéj policzono. Liczby te zatém mają większe znaczenie niż wielkie okrągłe liczby Pasteura, których pochodzenia nie znamy. Niemcy nie dostarczają zatém ani jednego wyniku korzystnego, a tak także ma się rzecz zapewne i w innych krajach. Gdyby wyniki były korzystne, nie omieszkanoby ich ogłosić.

Dopóki inni kompetentni badacze nie podadzą równie świetnych wyników jak Pasteur, dopóki szczepienie ochronne w zakażonych okolicach Austro-Węgier, Rosyi, Niemiec, Włoch nie znajdzie powszechnego zastósowania, dopóty nie będzie można twierdzić, że zarzuty przez Kocha podniesione zbite zostały faktami. Przeciwnie wszelkie dotąd zrobione doświadczenia, wszelkie przytoczone fakty, stwierdzają w zupełności pierwotne zapatrywania Kocha: że szczepienie ochronne wąglika nie przynosi tyle ile koszta jego wynoszą, że praktycznéj nie ma wartości. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 32). *Dr. Grabowski.*

○ Pomoc lekarska w nocy w Wiedniu. W celu zapewnienia pomocy lekarskiéj potrzebującym jéj w nocy toczą się obecnie układy między Prezydyjum policyi a Magistratem m. Wiednia. Prezydyjum policyi nadesłało już Magistratowi projekt organizacyi, którego główne punkty są następujące: 1) W każdym obwodzie miasta oznaczonym będzie jeden lub więcéj z budynków publicznych, w których lekarze będą stale służbę utrzymywać. 2) W każdym z tych lokalów, które przez ogłoszenie do wiadomości ogólnéj podanemi zostaną, ma przez noc lekarz być w pogotowiu. 3) Pomoc lekarska może być zażądaną albo osobiście albo telegrafem policyjnym lub telefonem. 4) Lekarzowi należy się za każdą wizytę w nocy honoraryjum przez gminę postanowione. 5) Każdy lekarz posiada zeszyt z kuponami i po dopełnieniu wizyty lekarskiéj ma stronie przedstawić odpowiedni kupon, który strona płacąc zaraz honoraryjum odbiera albo też podpisem stwierdza odbycie wizyty. 6) W pewnych okresach czasu ma lekarz niewykupione kupony gminie przedstawić, która mu przypadające honoraryjum wypłaca, ściągając je od stron lub gdy idzie o ubogich z funduszu ubogich. 7) Za każdą noc, w któréj lekarz nie będzie udzielać pomocy, należy mu się oznaczyć się mające wynagrodzenie. 8) Każdy lekarz obowiązanym jest prowadzić dziennik co do przypadków w czasie jego służby wydarzających się i po upływie pewnego czasu składać go fizykowi miasta. 9) Każdy lekarz może używając latarni, co do kształtu przepisowi Magistratu odpowiadającéj, wskazywać, że gotów jest udzielać w nocy pomocy.

* Rozprawy toczące się w Austryi tak w kołach nauczycielskich jak i lekarskich, co do przeciążenia uczniów nie są odosobnione i we Francyi dała się uczuć potrzeba zajęcia się tą ważną sprawą i w paryskiéj Akademii lekarskiéj toczyła się nad tém dyskusyja, a w niéj ujawniło się zapatrywanie, że potrzeba ulgi w nauce szkolnéj, tak co do ilości przedmiotów jak i co do sposobu nauczania.

* Międzynarodowy kongres higijeniczno-demograficzny. W ostatnim tygodniu rozpoczęto rozsyłkę sprawozdań o tematach, które będą przedmiotem rozpraw; wypełniają one 20 broszur różnéj objętości w języku niemieckim i francuskim.

* Ministerstwo handlu z powodu pojawienia się cholery w Neapolu, Resinie i Gaecie zarządziło co do wszystkich osób i rzeczy pochodzących z brzegu między Torre dell' Annunziata a Gaetą siedmiodniową obserwacyję a względnie dezinfekcyję. Cholera zdaje się powoli ustawać w tych okolicach.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 sierpnia. Reskryptem z d. 18 lipca r. b. L. 11.385 zamianował JEks. Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem wyznań i oświecenia Komisyję dla egzaminów fizykackich dla lekarzy i weterynarzy w następującym składzie: Przy egzaminach dla lekarzy Przewodniczącym Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. Radcę Namiestnictwa; Zastępcą przewodniczącego; Dra Ludwika Teichmana prof. Uniw. krakowskiego; Egzaminatorem z higijeny i ustawodawstwa sanitarnego Dra Kazimierza Grabowskiego, doc. Uniw. krakowskiego, tegoż zastępcą Dra Stanisława Ponikłę, doc. Uniw. krakowskiego; egzaminatorem z medycyny sądowéj Dra Leona Blumenstoka, prof. Uniw. krakowskiego, tegoż zastępcą Dra Tadeusza Browicza, prof. Uniw. krakowskiego; egzaminatorem z farmakognozyi Dra Józefa Łazarskiego, prof. Uniw. krak.; tegoż zastępcą Dra Edwarda Janczewskiego, prof. Uniw. krak.; egzaminatorem z chemii lekarskiéj Dra Aleksandra Stopczańskiego, prof. Uniw. krak.; tegoż zastępcą Dra Emila Czyrniańskiego, prof. Uniw. krak.; egzaminatorem z policyi weterynarskiéj Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. radcę Namiestnictwa, zastępcą tegoż Aleksandra Litticha, c. k. weterynarza krajowego.

Przy egzaminach dla weterynarzy przewodniczącym Dra Alfreda Biesiadeckiego, c. k. radcę Namiestnictwa, egzaminatorami: Dra Piotra Seifmana, dyrektora szkoły weterynaryjnéj i Aleksandra Litticha, c. k. weterynarza krajowego.

* W sobotę d. 14 bm. odbyła się zapowiedziana próba przyrządu dezinfekcyjnego w obec wiceprezydenta miasta p. Friedleina i członków komisyi sanitarnéj. Termometra maksymalne założone do głębi zawinięć z pościelą i ubiorami, które miały być odwietrzonemi, okazały przeszło 100°C., zatém próba powiodła się i przyrząd dostarczony przez fabrykanta Schimla z Chemnitz uznany został za odpowiadający celowi.

* Rodak nasz Dr. Edmund Neusser, dotychczasowy asystent radcy dworu prof. Bambergera i kawaler orderu familijnego Koburgskiego, towarzyszy nowo obranemu księciu bułgarskiemu do Zofii jako lekarz przyboczny.

* W Szczawnicy bawiło do 7 sierpnia 2170 osób, w Cieplicach czeskich do 13 sierpnia 6258.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Jena**. Dr. Semon habilitował się na docenta anatomii. — **Wiedeń**. Proff. Langer i Billroth mają nie wykładać w nadchodzącém półroczu, pierwszego ma zastępować Dr. Hochstetter, drugiego Dr. Hacker. — **Paryż**. Na wakującą po śmierci Beclarda katedrę fizyjologii proponowano na pierwszém miejscu Richeta, na drugiém Reyniera. — **Wrocław**. Rektorem na nadchodzący rok szkolny został obrany prof. Dr. Fritsch.

* **Wiadomości osobowe**. Pan Namiestnik przeniósł weterynarzy powiatowych: Stanisława Herasimowicza z Borszczowa do Bóbrki; Józefa Langhansa z Niska do Gródka; Edmunda Sochackiego z Rawy do Nowego Targu; Dra Bazylego Krwawicza z Rohatyna do Nowego Sącza i Daniela Kisiela z Mielca do Turki; oraz zamianował c. k. weterynarzami powiatowymi: Jana Smoluchowskiego w Krośnie, Bazylego Maykowskiego w Buczaczu, Jana Różankowskiego w Rawie, Euzebiusza Nestajkę w Mielcu, Ludwika Timoftiewicza w Kołomyi, Stanisława Kwiecińskiego w Kamionce Strumiłowéj, Narcyza Sikorskiego w Przemyślu, Ferdynanda Zörnera w Nisku, Władysława Machalskiego w Samborze, Maryjana Dulębę w Stanisławowie, Włodzimierza Fedorowicza w Borszczowie, Fryderyka Frida w Rohatynie, Jana Mgleja w Stryju, Piotra Olbrychta w Sanoku; zaś oglądaczami zwierząt i płodów zwierzęcych lekarzy weterynaryjnych: Michała Ohnicza w Szczakowy, Tadeusza Chmielowskiego w Oświęcimie i Henryka Rohra w Podwołoczyskach.

Mianowani zostali w armii czynnéj Dr. Hernich Franciszek lekarzem asystentem; w rezerwie: Drowie Rosenbusch Leon i Bukowski Ludwik starszymi lekarzami. Starsi lekarze Gidlewski Maryjan i Friedberg Józef przeniesieni zostali do pułków.

* **Nekrologija**. W Peszcie umarł Dr. Ludwik Hunyadvar Aranyi były prof. Uniw., członek węgierskiéj Akademii Nauk, licząc lat 72. Zmarły oddawał się więcéj archeologii aniżeli anatomii patologicznéj; tak np. przechowywał on w pracowni swéj zwłoki balsamowane własnego synka, które oglądaliśmy przed 25 laty. — W Lipsku umarł Dr. Huber, nadzwyczajny profesor i Iszy asystent zakładu patologicznego. — W Rożnowie umarł Dr. Polański, najstarszy z tamtejszych lekarzy kąpielowych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.); Puławskiego: Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego (*Paral. part. plex. brach.*) (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 33: Trzebickyego: O gastroenterostomii (dok.); Żuławskiego: Sprawozdanie z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu r. 1885 (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 8: Pobyt Sokołów amerykańskich w Czechach; O gimnastyce ze stanowiska estetyki (c. d.); Przechadzki i wycieczki (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ELSENBERG: Pityriasis rubra universalis 8-vo (Sonder-Abdruck a. Vrtljrsschrift f. Dermatologie u. Syphilis).

Dr. GRUNDZACH: Einige Worte über die nicht carcinomatösen Fälle von gänzlich aufgehobener Absonderung der Magensäure resp. des Magensaftes 8-vo. (Sep. Abdruck a. Berl. klin. Wochenschrift).

Piśmiennictwo lekarskie. Kalendarz lekarski na r. 1888 ułożył Dr. Jan Stella Sawicki, inspektor szpitalów w Galicyi. Rok szósty. Lwów, 1888, str. 276 prócz notatek.

Po raz szósty zapisać wypada ukazanie się Kalendarza lekarskiego. Jeżeli się zwróci uwagę z jednéj strony na szczupłą stosunkowo liczbę osób z wydawnictwa tego korzystających, a z drugiéj strony na utrzymywanie się tego wydawnictwa a oraz jeżeli się wspomni czynione już dawniéj u nas próby wydawnictwa podobnego, które ze stratą wydawców zaniechać wypadało to okoliczności te każą sądzić, że wydawnictwo musi być dobre, potrzebom lekarzy praktycznych zadość czyniące. W pierwszéj z powyższych okoliczności leży też powód, że wydawnictwo z roku na rok nie może znaczniejszych doznawać zmian, bo pociągłoby to znaczne za sobą koszta, ale mimo to układający, któremu za to wydawnictwo należy się podziękowanie, stara się o wprowadzenie zmian, przez co wydawnictwo to ciągle ulepsza się. — Znajdujemy je i w bieżącym roku; pojedyncze działy przejrzeli lub skreślili specyjaliści: jak prof. Feigel, docenci: Gluziński, Goebel, Mars, Trzebicky, Drowie Ebers, Krówczyński, Marcisiewicz, Wiczkowski, co daje rękojmię, że pożądane zaprowadzono zmiany. W latach poprzednich polecaliśmy wydawnictwo uwadze Kolegów, czynimy to i dziś, odzywając się do ich patryjotycznego uczucia, aby rozpowszechnione kalendarze lekarskie niemieckie zastąpili swoim krajowym.

Sprostowanie. W Nr. 31 na str. 430, kol. 1. wiersz 34 od góry winno być aniliną, zamiast waseliną; a w 2éj kol. wiersz 21 od góry winno być głaźnym boleśniam zamiast głównym boleźniom.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 27 Sierpnia 1887. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Z oddziału dla chorób wewnętrznych Dra O. Widmanna w szpitalu powsz. we Lwowie.

O podskórném wstrzykiwaniu rozczynów soli kuchennéj w osłabieniu mięśnia sercowego.

(Podług wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiém we Lwowie dnia 25 czerwca 1887 r.)

przez **Dra Leona Rosenbuscha**, sekundaryjusza tegoż oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Uskuteczniając wstrzykiwania te przeważnie tylko w najcięższych przypadkach, nie mogłem się kusić o dokładne zdjęcia sfygmograficzne z każdego z nich, których odtworzenie z bardzo znacznemi trudnościami połączoném być musiało; w znacznéj liczbie trzeba się było zadowolić wynikiem dodatnim, stwierdzonym zwykłemi sposobami badania. Dla uzupełnienia przytaczam niektóre zdjęcia wraz z krótkim obrazem sprawy chorobowéj. Używałem sfygmografu Sommerbrodta.

Fig. I.

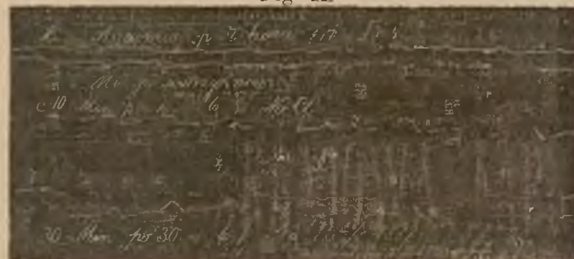


Fig. I. przedstawia dwa obrazy tętna, zdjęte u rekonwalescenta. *A*-tętno przed zabiegiem, *B*-tętno po zastrzyknięciu 5 grm. 6% NaCl, w 10 minut po zabiegu. Na tętnie tém (*B*) stwierdzić można zwolnienie i zmniejszenie się fali odrzutowéj.

A. M., lat 37 liczący, wyrobnik, przyjęty do szpitala z powodu bardzo znacznego osłabienia po kilkorazowych krwotokach żołądkowych. Rozpoznanie brzmiało: *Ulcus ventriculi rotundum, Anaemia.* Ostatni krwotok wystąpił trzy dni przed przyjęciem do szpitala. Skarży się na osłabienie, omdlewania, szum w uszach, tętnienie w głowie i nudności.

Ciepłota 37·7°, tętno 94 ledwie wymacać się dające. Skóra blada, na odnogach i powiekach obrzmiała. Tony serca wyraźnym poprzedzone podmuchem, nad żyłami szyjnemi buczenie. Zdjąwszy tętno pierwotne sfygmografem (Fig. 2 *A*), zastrzyknąłem choremu 30 grm. 6% NaCl w dwóch dawkach podskórnie. Powstałe polepszenie tętna wykazują zdjęcia: *b* po pięciu, *c* po 10ciu i *d* po 30stu minutach.

Fig. II.



Chory czuje się podmiotowo lepiéj. Liczba tętna po zastrzyknięciu dochodzi ledwie do 84.

W dniach następnych stosowałem codziennie 10-gramowe dawki, podtrzymując skutek pierwotnego zastrzyknięcia.

Po pięciu dniach polepszenie wybitne. Tętno 78 o dość już znacznéj fali. Chory wstaje z łóżka, czuje się znacznie silniejszym i omdlewań nie miewa. Szum w uszach trwa (wedle podania). Obrzęki powiek i skóry w okolicy kostek ustąpiły zupełnie, cera zdrowsza, tony serca czyste.

Siódmego dnia pobytu chorego, zdjąłem ponownie tętno sfygmografem (Fig. III *A*), poczém zastrzyknąłem 35 grm. 6% NaCl w okolicę kiszki ślepéj, podskórnie.

Fig. III.



W 10 minut po zabiegu, po rychłém ustąpieniu wyniosłości, powstałéj przez wstrzyknięcie płynu, odtworzone tętno przedstawia lit *b*. (Fig. III).

Po czternastodniowym pobycie w szpitalu, w ciągu którego oprócz tych wstrzykiwań i stosownéj dyjety nie stosowaliśmy żadnego innego leczenia, chory wyszedł z lekkiemi tylko oznakami niedokrewności.

M. I., lat 26 liczący, lokaj. Przyjęty do szpitala wśród objawów bardzo znacznego zapadu. Chory słabym głosem podaje, że dnia poprzedniego rano doznał silnych bolów w brzuchu, zawrotów głowy i nudności, poczém wystąpić miały wymioty i rozwolnienie, cały dzień i noc trwające. Ciepłota 38·2°, tętno 132 ledwo wymacać się dające. Chory niezupełnie przytomny, na pytania odpowiada niechętnie głosem słabym i chrypliwym. Oczy w głąb zapadłe, czoło i twarz pokryte zimnym potem, rysy twarzy znacznie zaostrzone, język grubym żółtym obłożony mułem. Skóra sina, fałd skóry ujęty dłuższy czas pozostaje. Brzuch nieckowato zapadły, w jelitach przelewanie. Chory wymiotuje często i co kilkanaście minut oddaje stolce wodniste pod siebie. Wymioty barwy zielonawéj, pokarmów nie zawierają. Rozbiór chemiczny wymiocin ciał trujących w tychże nie wykazuje. Rozpoznano: *Gastro-enteritis acutissima*. Choremu wstrzyknąłem natychmiast 40 grm. 6% NaCl w okolicę kiszki ślepéj, podskórnie. W 10 minut po przebiegu tętno = 124. *a* = *b* = tętno przed zabiegiem, *c* = 10, *d* = 20, *e* = 30 min. po zabiegu.

Fig. IV.



W pół godziny po zastrzyknięciu stan sił chorego podniósł się o tyle, że przystąpić można było do przepłukania żołądka wodą lodową i karlsbadzką. Wewnętrznie podano lód w kawałkach, wodę sodową i nastój makowca, poczém wymioty stały się rzadszemi. Pod wieczór tego samego dnia powstał po ponownem kilkorazowém wymiotowaniu, znowu zapad, który rychło ustąpił po zastrzyknięciu 20 grm. 6% rozczynu soli kuchennéj. Pięciogramowe dawki stosowałem przez siedm dni następnych, poczém chory szpital opuścił zdrów zupełnie.

W. B., lat 48 liczący, wyrobnik. Rozp.: *Typhus abdominalis in ind. cum emphysemate pulm. et dilatatione ventriculi cordis dextri*. 3ci tydzień duru. Ciepłota wieczorna stale ponad 39·5°, ranne remisyje do 37·4°. Tętno 96—124. Chory niezupełnie przytomny, znacznie osłabiony. Dnia 7 maja o godz. 4téj popoł. wystąpił nagle bardzo znaczny zapad, przeciw któremu zastrzyknąłem 30 grm. 6% NaCl. Przed zabiegiem wynosi ciepł. 35·7°, tętno 96 ledwie wymacać się dające (Fig. V A).

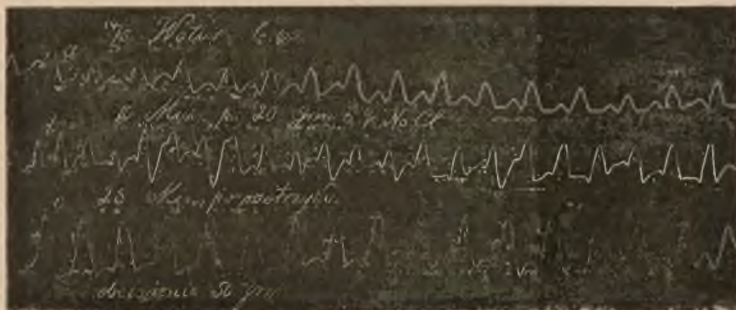
Fig. V.



Już w 5 minut po zabiegu tętno nieco się podniosło (*b*), a znaczniejszą różnicę przedstawia tętno *c*, zdjęte po 10 minutach. Ciepłota po zabiegu 37·6°. Chory czuje się znacznie silniejszym. Przeciw trwającemu jeszcze osłabieniu stosowano codziennie 10-gramowe dalsze zastrzykiwania. Dalszy przebieg choroby prawidłowy.

I. W., lat 60 liczący, stolarz. Rozpoznanie: *Pneumonia dextra cum resolutione protracta in ind. cum morbo Brighti chron.* Ciepłota 39·2°, tętno 108 słabe bardzo. Na twarzy wybitna sinica, oddechy nasilone. Z powodu zachodzącego niebezpieczeństwa porażenia serca stosowano u chorego tego codziennie 5-gramowe dawki 6% NaCl, rozpocząwszy od dawki jednorazowéj 20 grm., któréj działanie przedstawia:

Fig. VI.



a = tętno przed zabiegiem, *b* = w 10, *c* = w 25 minut po zastrzyknięciu 20 grm. 6% NaCl w skórę okolicy kiszki ślepéj.

Następujące dwa obrazy sfygmograficzne przedstawiają tętna zdjęte u dwóch chorych, wśród daleko już posuniętego konania.

Rozpoznanie brzmiało w obydwóch przypadkach: *Pneumonia crouposa in marantico, agonia.*

Fig VII.



Fig. VIII.



W obydwu przypadkach zastosowano jednorazowe zastrzyknięcie z 20 grm. 6% rozczynu soli kuchennéj. W obydwu przypadkach przedstawia lit. *A* (Fig. VII i VIII), tętno ledwie jeszcze stwierdzić się dające przed zabiegiem. Zastrzyknięcie 20stu gramów rozczynu soli kuchennéj, wywołać zdołało w obydwu przypadkach jeszcze podwyższenie się fali tętna, które u pierwszego chorego utrzymywało się cztery, u drugiego ośm godzin po zabiegu. Pierwszy z konających żył jeszcze 14 godzin, drugi 3 dni.

St. M., lat 30 liczący, wyrobnik, przyjęty do szpitala zupełnie nieprzytomny. Twarz blada, zimnym pokryta potem, źrenice rozszerzone, język suchy, żółtym mułem obłożony, na końcu zaczerwieniony. C. 39·4°. Tętna wymacać nie można. Na skórze klatki piersiowéj blada wysypka różycowa. Oddechy powierzchowne i przerywane. Rozpoznanie: *Typhus exanth.* Po ocuceniu chorego zimną wodą, zdjąłem tętno sfygmografem i zastrzyknąłem 35 grm. rozczynu soli kuchennéj z węglanem sodowym.

Lit. A przedstawia tętno pierwotne. b = w 10 minut po zabiegu zdjęte, c = po 15stu, d = po 20stu, e = po 20stu, wreszcie f = po 60ciu minutach.

Fig. IX.



Już w 15 minut po zabiegu chory znacznie oprzytomniał. W dniu następnym wystąpił ponowny zapad wieczorem, który po wstrzyknięciu 15 grm. 6% NaCl wkrótce ustąpił. Pięciogramowe dawki powtarzano przez 11 dni następnych, poczém po przełamaniu się gorączki chory zupełnie prawidłową obecnie przebywa rekonwalescencyję.

M. K., lat 68, wyrobnik. Leżał już kilkakrotnie w szpitalu z powodu: *Nephritis parench. chron.* Obecnie stan jego znacznie gorszy niż za poprzednich razów. Duszność, sinica, obrzęki skórne i opuchlina wodna jam bardzo znaczna. Tony serca głuche, tętno szybkie, ledwie się wymacać dające. Dnia 6 czerwca zastosowałem z powodu znacznie osłabionego działania serca zastrzyknięcie 15 gramów 6% NaCl. Lit. *A* Fig. X przedstawia tętno = 120 przed zabiegiem, B = w 15 minut, *C* = w 60 minut po zabiegu zdjęte. Podniesienie się fali tętna utrzymywało się do dnia następnego.

Fig. X.



Innych leków chorzy nie otrzymywali.

Wspomniałem na wstępie, że w wielu przypadkach, w których roztwory soli kuchennéj podskórnie wstrzykiwałem, nie mogłem uskutecznić zdjęć sfygmograficznych. O dosadném działaniu podniecającém przezemnie używanych roztworów pouczała w tych licznych przypadkach zmiana w napięciu i liczbie tętna, uderzenie i tony serca, ilość oddechów, wreszcie ogólne wejrzenie chorego. Jak już także wyżéj wspomniałem, wszyscy chorzy dobrze te wstrzykiwania znosili. Raz tylko wystąpiły po zastrzyknięciu 30stu grm. 6% NaCl drgawki kloniczne u chorego dotkniętego zapaleniem płuc krupowém. Lek stosowanym był z powodu znacznego osłabienia serca Drgawki trwały przez przeciąg ośmiu minut, poczém ustąpiły podczas gdy stan chorego znacznie się polepszył. W następnych dniach stosowałem codziennie pięciogramowe dawki podskórnie, które drgawek więcéj nie wywołały. Chory zakład opuścił zdrów zupełnie.

W wielu przypadkach charłactw i cierpień przewlocznych z osłabieniem mięśnia sercowego połączonych, wstrzykiwałem po 5 grm. 6% roztworu soli kuchennéj przez 2—3 tygodni, uważając, że przy tém lekowaniu stan chorych znacznie się poprawiał. Do tego rzędu należą przypadki chorób nerkowych, przedewszystkiém *Nephritis chronica.* Wyniki stosowania codziennych małych dawek w téj chorobie z uwzględnieniem doświadczeń Plouviera, który po stosowaniu soli kuchennéj znaczne zmniejszanie się białkomoczu uważał, późniéj ogłoszę. To samo dotyczy krwotoków płucnych i żołądkowych, w których po stwierdzeniu dobrych wyników, w celu powstrzymania tychże, stale obecnie używam podskórnych wstrzykiwań ze zgęszczonych roztworów soli kuchennéj.

W krótkości zestawione wskazania, w których wstrzykiwań tych z dobrym skutkiem używać można, są:

1) Zapad nagle powstały (20—30 grm. 6% roztworu NaCl).

2) Osłabienie mięśnia sercowego z powodu jakiéjkolwiekbądź choroby ostréj (20—30 grm., następnie po 5 grm. na dzień).

3) *Gastroenteritis acutissima,* osłabienie po znacznych wymiotach i rozwolnieniu bez względu na źródło tychże (300—1000 grm. ogrzanego roztworu 6 *pro mille*).

4) Krwotoki płucne i żołądkowe lub jelitowe (20 grm., potém 5 grm. dziennie).

5) Osłabienie mięśnia sercowego w następstwie chorób przewlocznych i charłactw (5 grm. dziennie przez dłuższy przeciąg czasu).

II. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał
Dr. Stanisław Smoleński,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Najwięcéj rozpowszechnione jest w tym celu użycie natrysków kroplistych. Lekarze francuscy, u których cała niemal hydroterapija składa się z natrysków, używają do nich wody zupełnie zimnéj. I rzeczywiście są one najczęściéj wskazane; tylko u chorych bardzo wrażliwych a mianowicie i bojaźliwych można z początku używać natrysków z wody o średnich stopniach ciepła (16—20°C.), ale natenczas dla wywołania dostatecznéj reakcyi bodziec mechaniczny winien być tém silniejszy. Natryski ogólne czy częściowe należy co do siły uderzenia i trwania zastósować do zasobu sił i odporności ustroju. Ożywiają one cały układ nerwowy i wzmagają przemianę materyi. Sposób ich działania jest jasny: ujmując ciału pewną ilość ciepła, podniecamy równocześnie układ nerwowy a przez to wzmagamy wytwór ciepła tém więcéj, że zarazem zachęcamy chorego do żwawego chodzenia, ruchu, gimnastyki; przez to łaknienie rośnie, trawienie się poprawia, chory zyskuje na energii i sile tak fizycznéj jako i psychicznéj. Prócz tego działają pomyślnie zimne natryski wpływając na ruchy oddechowe: „wywołując odruchowo cały szereg głębokich wdechów ułatwiają dostęp powietrza do najgłębszych części płuc, zatkanych nieraz zbitemi masami śluzu z następowym obrzękiem obocznym, niedodmą i bliznowatemi stwardnieniami“ (Sokołowski). Po części działa tu i wpływ odwodzący zimnych natrysków.

Tym samym zadaniom odpowiadają również zimne wycierania w prześcieradle (8—14°C.), w których łącząc podniętę termiczną z mechaniczną możemy ćwiczyć i hartować skórę, pobudzać twory jéj mięśniowe i naczyń w niéj przebiegających. Mówiliśmy już powyżéj, że u osób niedokrewnych, u których po ochłodzeniu trudno i późno występuje przekrwienie odczynowe skóry i u których nie trzeba dużo ujmować ciepła, dobrze stosować przed ochłodzeniem krótkie otulenia wygrzewające, w których skóra nagromadziwszy w sobie ciepło, staje się wrażliwszą na następne ochładzanie. U osób stosunkowo zażywnych i silnych można często z równym pożytkiem używać i krótkich kąpieli chłodnych i zimnych z wycieraniem równoczesném skóry a zazwyczaj i z następowym zimnym natryskiem.

Zasadą być powinno, aby chory po każdym zabiegu odbył przynajmniéj półgodzinną przechadzkę na świeżém powietrzu, w ogóle potrzebny tu ruch mięśniowy, ćwiczenia gimnastyczne itp., bo tym sposobem najłatwiéj występuje reakcyja i wzmaga się łaknienie. U chorych bardzo osłabionych i niemogących chodzić można zastąpić ruchy czynne niektóremi ruchami biernemi, tudzież mięsieniem itp. Tylko osobom z wybitném osłabieniem serca należy pozwolić pozostać w łóżku, najlepiéj na świeżém powietrzu.

Tak postępując systematycznie możemy zarazem najskuteczniéj zwalczać, a nawet usuwać, pewną wybitną cechę suchotników, t. j. skłonność do zaziębień. Nie wchodząc tu w rozbiór różnych teoryj zaziębienia, tyle z wielkiém prawdopodobieństwem powiedzieć można, że polega ono na zmianach naczyniowych pod wpływem zewnętrznego ochłodzenia. A właśnie ludzie usposobieni do suchot płucnych i suchotnicy odznaczają się niezdolnością wyrównywania odpowiedniemi zmianami w krążeniu krwi nagłych lub silnych zmian w cieplocie zewnętrznéj. Niezdolność ta jest najczęstszą u nich przyczyną zaziębień, a więc i pogorszeń. Ćwicząc więc i wzmacniając czynności odruchowe nerwów metodycznemi podnietami termicznemi i mechanicznemi czynimy zadość nader ważnemu wskazaniu, bo zapobiegamy powstawaniu nieżytów dróg oddechowych skutkiem zaziębienia.

Postępowanie powyżéj nakreślone posiada wszelkie cechy leczenia zapobiegawczego, bo chociaż suchoty są chorobą pasorzytniczą, to jednak rzecz niemniéj pewna, że prątki gruźlicze przyjmują się i rozwijają tylko na gruncie sobie przyjaznym, mianowicie u osób okazujących wymienione zboczenia ustrojowe. Zboczenia te usunąć lub rozwoju ich nie dopuścić — znaczy zapobiedz gruźlicy.

Zdarza się jednak nierzadko, że osoby skłonne do suchot nie znoszą wcale zabiegów wodnych, czyli okazują prawdziwą idyjosynkrazyję względem wszelkiego ochładzania, do tego stopnia, że nie można u nich wywołać prawidłowych objawów odczynowych. Zwrócił na to słusznie uwagę Gumplowicz, tłumacząc to właściwém wielu suchotnikom osłabieniem asymilacyi i nieznoszeniem wszelkiéj utraty ciepła. W takim razie należy zaniechać wszelkiego ochładzania a natomiast próbować suchych wycierań, mięsienia itp. Można też hartować ich oswajając z różnéj ciepłoty powietrzem przez jak najdłuższe przebywanie na dworze. W ogóle jednak hartowanie za pomocą zabiegów wodnych jest bezpieczniejsze i łatwiejsze niż za pomocą chłodnego powietrza, bo zimne powiewy powietrza łatwiéj wywołują zboczenia w krążeniu niż ochładzanie wodą połączone z podnietami mechanicznemi, pod wpływem których rychléj i pewniéj występuje reakcyja. Wiemy też z codziennego doświadczenia, że po wykonaniu zabiegu wodnego chory może się bezpieczniéj wystawić na chłodne powietrze, bez obawy zaziębienia się niż bez tegoż. Najłatwiéj zaś zaziębia się ten, kto skrzętnie chroni się od wszelkiego ochłodzenia, za ciepło się odziewa i skórę za nadto pieści. Bo jedynie hartowaniem skóry można się ubezpieczyć od zaziębienia a hartować skórę należy nie oszczędzaniem i pieszczeniem, lecz ćwiczeniem.

Jak się zachować względem świeżo nabytego lub przewlekłego nieżytu dróg oddechowych u suchotników? Nieżyt oskrzelowy świeżo powstały można usunąć w ciągu doby i to najskuteczniéj działaniem napotném. Dettweiler każe choremu położyć się do łóżka, pić gorący odwar ziółek, a gdy się zapoci, stosować zimne wycierania; chory pozostawszy przez kilka jeszcze dni w pokoju lub w łóżku, wychodzi dopiero wtenczas, gdy już znikły wszelkie ślady nieżytu. Tym sposobem w krótkim czasie usuwamy wszelkie niebezpieczeństwo. Takie same zabiegi działają pomyślnie w nieżytach oskrzelowych towarzyszących stale pierwszemu okresowi suchot płucnych. Równie dobry wpływ wywierają tu także wygrzewania skóry, jak łaźnia szafkowa kilkuminutowa lub otulenie wilgotne wygrzewające ($1 \frac{1}{2}$ do 2 godz.) z następowemi zabiegami ochładzającemi. Tym sposobem możemy pobudzać inerwacyję ogólną, ożywiać krążenie krwi, podwyższać czynność serca i napięcie naczyń, nie ujmując ciału dużo ciepła. W takich warunkach bardzo często nieżyty oskrzelowe łagodnieją lub ustają.

2. O wiele ciaśniejszy zakres działania ma hydroterapija u suchotników z rozwiniętemi już zmianami anatomicznemi w płucach. Przewlekłe nieżyty oskrzelowe, będące zazwyczaj następstwem głębszych zmian miąższowych, nacieki i zgęszczenia a nawet jamy suchotnicze i krwioplucie nie przeciwwskazują w zasadzie oględnego stósowania niektórych zabiegów wodnych. Ze względu na leczenie wodne należy tu jednak ściśle odróżnić postać suchot z przebiegiem przewlekłym *(phthisis chronica)*, przebiegających bez gorączki lub z nieznacznemi tylko gorączkowemi wzniesieniami pod wieczór — od postaci suchot przyostrych, którym towarzyszy gorączka ciągła lub zwalniająca *(phthisis florida)*. W pierwszéj zastósowanie hydroterapii jest dość rozległe, w drugiéj bardzo ograniczone.

W suchotach zwanych przewlekłemi z nieżytem szczytów lub rozlanym oskrzeli, niedokrewnością i wychudnieniem itd. można za pomocą zabiegów wodnych wielu ważnym zadość uczynić wskazaniom. Przedewszystkiém możemy niemi wyrównywać zboczenia w krążeniu krwi, wzmacniając podnietami termicznemi czynność mięśnia sercowego. Brehmer i Dettweiler polecają w tym celu chodzenie i w ogóle ruch mięśniowy, inni oględną gimnastykę i mięsienie. Z niemniejszą korzyścią służą do tego zabiegi wodne, ożywiające miernie czynność mięśnia sercowego, zwalniające ruchy serca i podwyższające parcie krwi w tętnicach. Tym sposobem można w wielu przypadkach wytworzyć pomyślniejsze warunki krążenia i odżywienia i wzmocnić cały ustrój. Służą do tego zimne chwilowe natryski kropliste, zimne zmywania i nacierania, a u osób bardzo osłabionych z wygórowaną pobudliwością serca wilgotne otulenia od $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ godziny trwające z następowém chłodném lub zimném omywaniem lub polewaniem. Zabiegi te są głównie wtenczas wskazane, ilekroć skutkiem osłabienia serca oraz obniżonego napięcia ścian tętniczych powstają znaczniejsze zawady w krążeniu, wytwarzają się zastoiny i przekrwienia opadowe w różnych narządach. Podwyższając lekkiemi podnietami termicznemi napięcie naczyń, ożywiamy prąd krwi w całém ciele a więc i w schorzałém płucu, — ułatwiamy pracę sercu. Lekkie od czasu do czasu, szczególnie pod wieczór, pojawiające się gorączki nie przeciwwskazują bynajmniéj takiego postępowania, owszem, jak to stwierdziłem kilkoletniém doświadczeniem, w miarę poprawy odżywienia zupełnie ustępują.

Prawda, że suchotnicy w mowie będący daleko częściéj niż osoby dopiero do suchot usposobione okazują wybitną idyjosynkrazyję względem wszelkiego ochładzania zewnętrznego. W takich razach wszelkich zabiegów wodnych zaniechać należy. O ile je jednak chorzy znoszą, należy rozpoczynać od częściowych lub całkowitych zmywań ciała wodą wystałą, następnie przejść do wycierań (25—18°C.) raz do dwóch razy na dobę, albo w łóżku albo bezpośrednio po

wyjściu z pościeli. W miarę postępującéj poprawy, mianowicie u chorych z niezbyt wygórowaną pobudliwością, przystępuje się następnie do miejscowych lub ogólnych natrysków kroplistych (12—15°C.) lub wyjątkowo mniéj zimnych (18°C.), które początkowo nie powinny trwać dłużéj nad 5 do 15 sekund a późniéj dopiero mogą być przedłużone i do 30 sekund. Wśród pomyślnych warunków dyjetetycznych, higijenicznych i klimatycznych postępowanie takie często istotne przynosi korzyści. Serce z czasem krzepnie, znika rozszerzenie prawéj komórki, oddechy stają się swobodniejsze i głębsze, ustają objawy nieżytu dróg oddechowych, stan odżywienia się poprawia, chorzy krzepią się fizycznie i psychicznie, zmiany anatomiczne powstrzymują się na czas długi.

3. Wręcz inne i odmienne postępowanie wskazane jest w postaci suchot płucnych z przebiegiem przyostrym lub ostrym — *phthisis florida*. Gorączka okazuje tu mniéj lub więcéj natężone, ale trwałe natężenia wieczorne ze zwolnieniem ciepłoty porannêm i nocnêm, rychło pojawiają się obfite poty, tętno małe, częste, niekiedy miękkie i próżne, oddechy przyspieszone i mozolne, trwałe biegunki, wielkie wychudnienie i upadek sił, niekiedy powtarzające się od czasu do czasu krwioplucie.

Jakie tu korzyści może przynieść hydroterapija? Zdania różnych lekarzy nie są w tym względzie zgodne. Opierając się na wywodach czysto dedukcyjnych Winternitz np. radzi w takich przypadkach podnietami termicznemi wzmacniać czynność serca, podwyższać napięcie naczyń, wywoływać w chorém płucu przekrwienie czynne lub oboczne, twierdząc, że tym sposobem można skrzepić cały ustrój i naprawić wyrób krwi. Zaleca więc zimne zmywania, nacierania i natryski kropliste, nawet z uprzedniemi wilgotnemi otuleniami, aby przyspieszone ruchy serca zwolnić i wzmocnić, ruchy oddechowe pogłębić i przyspieszyć. Tu należą także mechaniczne drażnienie *(hacture)* stosu pacierzowego, pewne rękoczyny gimnastyczne, ruchy zdwojone i bierne gimnastyki szwedzkiéj. Winternitz chce tym sposobem sprowadzić fizyczne warunki krążenia na prawidłowe tory, przez podwyższenie napięcia tętniczego i wzmocnioną czynność serca poprawić i wyrównać stosunki krążenia w naczyniach płucnych i to wszystko, jak zapewnia, bez najmniejszéj szkody dla ustroju. Na poparcie powyższych rozumowań, zakrawających na frazeologiję fizyjologiczną, ogłosił Winternitz niedawno temu wykaz statystyczny z 169 przypadków przez siebie leczonych. Ale statystyka ta tworzy materyjał bardzo niepewny, albowiem obejmuje wiele chorób płucnych niewchodzących w zakres suchot (np. zapalenie opłucny, proste nieżyty oskrzelowe, przewlekłe zapalenie płuc, rozedmę płuc itd.). Pomiędzy temi liczy W. 58 przypadków suchot ostrych *(phthisis florida)*, z których 16 miało doznać dłużéj trwającéj przerwy czy powstrzymania choroby, t. j 27%. Bliższe jednak rozpatrzenie dostarczanego materyjału przekonywa, że miano *phthisis florida* nadano różnym postaciom chorób płucnych, które albo należą do wczesnych okresów suchot, albo téż z cierpieniem gruźliczém w luźnym tylko pozostają związku. Przypadków właściwéj *phthisis florida* znajdujemy tam zaledwie 15, z których doznało poprawy 5, bez poprawy pozostało 7 a umarło 3. Bądźcobądź, jeżeli uwzględnimy, że obok hydroterapii chorzy znajdowali się równocześnie w korzystnych warunkach dyjetetycznych i klimatycznych, to powyższy procent poprawy nie przemawia zbyt wymownie za używaniem podniecających zabiegów wodnych w ostrym okresie suchot płucnych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Dr. Herczel: **O antyfebrynie jako środku kojącym.**

„Przekonaliśmy się, że antyfebryn jest zupełnie dobrém anodynon, gdyż okazał się nawet tam skutecznym, gdzie bóle żadnym innym środkiem usunąć się nie dały“ mówi H., który jako asystent kliniki chirurgicznéj heiberskiéj miał sposobność w 39 przypadkach widzieć po nim bardzo dobre skutki, a zaledwo 12 razy go zawiódł. Reklama jaką w ostatnich czasach temu środkowi robią co do jego działania kojącego ból, zachęciła go do sprawdzenia jéj. — Szczególnie dobrze działał acetanilid w przypadkach nerwobólów jako środek kojący, bez względu na to czy nerwoból był natury obwodowéj czy centralnej (cztery przypadki nerwobólów twarzowych, dwa mięśniowe, jeden międzyżebrowych nerwów, jeden *otalgia nervosa*), to samo przy innych gwałtownych bólach nerwowych występujących jako przypad zadrażnienia nerwów czuciwych, czyto przy ostrych sprawach zapalnych (zapalenie okostny, kości, procesa karyjetyczne, rany pooperacyjne), czyto przy chronicznych chorobach (polipy w pęcherzu moczowym lub nowotwory) gdzie bóle są rozpromieniające się po większéj części w przypadkach migreny, hemikranii, lub innych bólów głowy, mających swoją przyczynę wśród czaszki, antyfebryn, nawet tam gdzie chinin, antypyrin, coffein, bromnatrium H. zawodziły, albo bóle i napady zupełnie usuwał, albo je przynajmniéj znacznie skracał i łagodził. W przypadkach ogólnego rozdrażnienia, bezsenności np. po operacyjach lub innych bolesnych cierpieniach, działał nie rzadko uspokajająco i usypiająco, nie jako środek nasenny ale przez zmniejszenie bólów, przeszkadzających zaśnięciu.

Podawano go zwykle 0.3 do 0.5 *pro dosi* i w miarę potrzeby raz lub dwa razy na godzinę. Działanie występowało po 20 do 30 minutach. W przypadkach gdzie się spodziewamy że środek ten dłuższy czas będziemy musieli podawać radzi H. nie przekraczać dziennéj dawki 2.0 do 2.5; antyfebryn bowiem nie jest dla ustroju środkiem zupełnie obojętnym, gdyż po dłuższém jego używaniu występuje podobna zmiana we krwi jak po anilinie tak zwana kachexyja anilinowa polegająca na têm, że ciałka czerwone krwi zostają wyługowywane przez tworzenie się methemoglobiny i w ten sposób ilość barwika we krwi się zmniejsza. U chorych anemicznych bóle o wiele szybciéj się zmniejszają pod wpływem antyfebrynu i to już nawet po stosunkowo małych dawkach, u ostatnich otrzymywał H. przytem i obniżenie gorączki znaczniejsze, aniżeli po innych połączeniach anilinowych. (*Wiener med. Blätter*. 1887, Nr. 30.) *H. K.*

Prof. Sée: **O zastósowaniu antipyrynu w postaci podskórnych wstrzykiwań zamiast morfinu.**

Prof. S. przekonawszy się już w dawniejszych swoich doświadczeniach o znieczulającéj własności antipyrynu postanowił daléj w tym kierunku środek ten badać; rozchodziło się mu przytém o działanie tego środka przy wstrzykiwaniach podskórnych, chciał bowiem w ten sposób szkodliwe jego działanie na żołądek przy pobieraniu *per os* usunąć, a wartość leku przez to podnieść. Wyniki badań przedstawił na posiedzeniu *Acad. d. sciences*, które się dają streścić w têm:

Antipyryn rozpuszcza się w tym samym ciężarze wody ile sam waży, dla tego radzi jako najodpowiedniejszy roztwór pięćdziesięcioprocentowy (50%), a z tego wstrzykuje

się na raz całą wstrzykawkę Pravaza czyli 0·5 leku. Zaraz po wstrzyknięciu czuje się ból nieznaczny, pewne napięcie, które jednak wnet ustępuje i wszelkie bóle obniża. Nie działa on wprawdzie tak silnie jak morfin, ale też za to nie widział S. po wstrzyknięciach antipyrynu nigdy takich nieprzyjemnych objawów jak po morfinie, jak np. zawrotów głowy, wymiotów, senności, ani stanu pobudzenia, który się niestety najczęściéj staje przyczyną morfinomanii (morfinizmu). Pierwszeństwo przed morfinem ma antipyryn jeszcze i pod tym względem, że obok działania symptomatycznego działa i leczniczo, nawet w téj formie, jak np. w gośćcu stawowym ostrym, chronicznym, nerwobólach np. *tic douloureux*, *lumbago*, *zona* (*herpes zoster*), i w bólach nerwowych tabetyków. Również okazał się on skutecznym w kolkach pochodzących od wątroby, które po wstrzyknięciu prawie całkiem znikały, nie wywolując żadnych zaburzeń w trawieniu. Wskazuje obecnie S. jako moralny obowiązek każdego lekarza stósować wstrzykiwanie antipyrynu zamiast morfinu we wszystkich przypadkach *angina pectoris*, tém bardziéj że morfin nietylko że w takich przypadkach często pożądanego skutku nie przynosi, nadto jeszcze nierzadko ciężkie zmiany w obiegu krwi w mózgu wywołuje. Szczególnie zadowolony był Sée z antipyrynu w przypadkach ciężkich napadów duszności, *asthma bronchiale*, gdzie jodek potasu nic nie pomagał a dawka morfinu żeby pomogła, musiałaby być już tak wielka, że zamiast pomódz tylko zaszkodziéby mogła. Prof. S. przychodzi w końcu do wniosku, że należy obecnie antipyryn w ogóle wszędzie tam stósować w formie wstrzykiwań, gdzie dawniéj w téj formie tylko morfin stósowano i wyraża nadzieję, że z czasem morfin przez ten lek zupełnie wyrugowanym zostanie. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 30). *H. K.*

Medycyna wewnętrzna.

Potain: **O dyjecie mlecznéj w chorobach nerek.**

W przypadkach puchliny ogólnéj, zależnych nie od nerek, lecz od chorób serca, dyjeta wyłącznie mleczna nie wiele przynosi korzyści leczniczéj; przeciwnie otrzymuje się niezłe rezultaty przy podawaniu choremu wyłącznie mleka w przypadkach puchliny, mających swą podstawę w chorobie nerek, a to szczególnie w zapaleniu nerek ostrém (*nephritis catharalis acuta*); w przypadkach chronicznych zapaleń międzymiąższowych niewiele się nią osiąga, zupełnie nawet podrzędną rolę odgrywa. Jako środek moczopędny działa mleko wyłącznie przez znaczny zasób wody, bo im więcéj się go pije, tém większa diureza; do wyżywienia i odżywienia chorego dostatecznie samo mleko wystarcza. Potain podaje i do trzech litrów dziennie swoim chorym i w każdym przypadku starał się do téj ilości dojść; więcéj, nawet gdyby chory żądał i jeszcze spożyć mógł, podawać nie radzi. Ażeby chorego nie przesycić dyjetą wyłącznie mleczną, podaje się mleko co dwie godziny po 150 do 200 gr. a nie w małych dawkach jednorazowych lub w dużéj ilości odrazu. Pauzę dwóch godzin radzi P. dla tego, bo zdaniem Dujardin-Beaumetza żołądek po tym czasie już ma być zupełnie próżny. Chorym, którzy po używaniu mleka doznają zatrzymania stolca, dodaje do pierwszych szklanek zrana nieco czarnéj kawy. Mleko podaje P. w ostrych zapaleniach nerek dopóty, aż zupełnie białka już w moczu wykazać nie można; mleko nie działa w tym razie jako lek, lecz jako środek taki, który nerek nie pobudza, nie drażni, owszem jeszcze od tego ochrania; w przypadkach chronicznych radzi, z powodu zbyt długiego trwania choroby, naprzemian żywić chorego wyłącznie mlekiem i dyjetą mieszaną. Z dyjety mlecznéj przechodzi się do mieszanéj zwolna, dodając z początku coś z pokarmów roślinnych, np. coś pieczonego z mąki, a potém dopiero do mięsa. Pierwsze co ustępuje jest duszność, na jaką się chorzy z ostrém zapaleniem nerek skarżą, i to już po kilku dniach dyjety mlecznéj, pomału wraca sen dobry, bóle głowy natury zwykle w takich razach uremicznéj łagodnieją lub znikają, drgawki u rodzących lub będących w ciąży, mimo, że, już dla etyjologii swojéj, bardzo trudno się usunąć dają, niekiedy bywają wstrzymane. (*Wiener Med. Blätter* 1887, Nr. 31.) *H. K.*

Riegel: **Zachowanie się kwasu solnego w raku żołądka.**

Ostatnie dziesięciolecie oddało w ręce praktyków nieoceniony klucz w rozpoznawaniu chorób żołądkowych. Liczne doświadczenia i prace badaczów stwierdziły w raku żołądka brak wolnego kwasu solnego, a więc brak oddziaływania na metylviolet, tropeolin i czerwień Congo jak również wykazano, że sok żołądka rakowatego nie trawi białka z jaja gotowanego przy sztucznêm trawieniu. Ostatniemi czasy przeciw téj zdobyczy wymierzyli zamach Cahn i Mering, twierdząc, że w raku żołądka wykryli zawsze z małemi wyjątkami taką ilość kw. solnego, jaką i w prawidłowym; metylviolet wcale nie nadaje się na odczynnik dla wykazania kw. solnego w żołądku i brak oddziaływania nie przemawia za brakiem kw. solnego, a zmiana barwy na niebieską nie dowodzi jeszcze obecności tegoż. Rozbierając sok z 12 żołądków dotkniętych rakiem, po wydzieleniu metodą swoją kwasów lotnych i kw. mlekowego, 11 razy otrzymali jeszcze płyn kwaśny, którego kwasota pochodziła od kw. solnego. Cahn postarał się także wytłumaczyć dla czego w raku żołądka nie występuje oddziaływanie metylvioletu; według niego pepton niweczy ten odczyn. Mianowicie w raku żołądka w obec prawidłowego wydzielania kw. solnego, nagromadza się coraz większa ilość peptonów, których resorbcyja i dalsza przemiana zupełnie są zniesione.

Ta hypoteza Cahna wywołała doświadczenia Riegla i jego asystentów Honigmanna i Noordena, którzy używając téj samej metody co Cahn przyszli do wyników, które jeszcze silniéj ugruntowały pierwotne ich zdanie.

Szereg doświadczeń bardzo dokładnych ze szczegółowém oznaczeniem ilościowych składników tak kwasów jak i peptonu wykazał, że w żołądku rakowatym podczas trawienia znaleziona mała ilość kw. solnego, nie jest wolnym kwasem solnym z chemicznym znakiem ClH, lecz w połączeniu z białkiem i jego pochodnemi w ten sposób złożoném, że na lakmus oddziaływa kwaśno, ale metylvioletu nie zmienia. Nawet kw. solny dodany do soku z żołądka rakowatego w takiej ilości że w wodzie daje wybitną barwę niebieską, najmniejszego nie wywołuje oddziaływanie na metylviolet, a mięszanina ta przy sztucznêm trawieniu nie trawi białka z jaja. — Ztąd widać, że w żołądku rakowatym wszystek wytworzony kw. solny wchodzi zaraz w połączenie z istotami białkowatemi, a nawet nie wystarcza go do całkowitéj peptonizacyi, bo dodany do soku żołądkowego znika bez śladu i nie daje oddziaływania i nigdy nie może przyjść do takiego wytworzenia się kwasu solnego, aby się w nadmiarze jako wolny znajdował.

Na téj własności polega różnica między żołądkiem dotkniętym rakiem a zwykłą rozstrzenią. Przy zwykléj rozstrzeni żołądka, gdzie resorbcyja i dalsze trawienie jest w wysokim stopniu upośledzone, każdy wprowadzony do żołądka pokarm wytwarza obfity nadmiar wolnego kwasu solnego, chociaż zalega tu jak i w raku taka sama ilość peptonów.

Z doświadczeń powyższych wysnuł Riegel następne prawidła:

1) Sok żołądka rakowatego wyciągnięty podczas trawienia, po oddzieleniu kwasów organicznych, oddziaływa jeszcze słabo kwaśno, ale nie zmienia metylvioletu i nie trawi białka.

2) Kwasota tego oddzielonego soku pochodzi od kw. solnego, nie wolnego lecz połączonego z istotami białkowatemi, od których można go za pomocą NaOH odłączyć.

3) To połączenie sprawia, że nie można kw. solnego wykazać metylvioletem, ani też dokonać sztucznego trawienia.

4) Rakowaty sok żołądkowy w przeciwieństwie do zwykłéj rozstrzeni nie jest wysycony kw. solnym podczas trawienia.

5) Próba barwikowa na wykazanie wolnego i zdatnego do trawienia kw. solnego w soku żołądkowym ma zupełną wartość w rozpoznawaniu raka żołądka. (*Zeitschrift für klinische Medicin*. t. XIII zesz. 5.) *Dr. Buzdygan.*

Baginsky: **Przypadek hemoglobinuryi napadowéj.**

Baginskyemu przedstawiła się matka z dzieckiem, opowiadając, że dziecko cierpi szczególne napady, od czasu do czasu występujące, przyczém mocz staje się ciemno-czerwonym lub czerwono-brunatnym. W czasie tym, tj. podczas pierwszego badania u dziecka, żadnych objawów chorobowych nie było. Napady wystąpiły po raz pierwszy przed półtora rokiem w następujący sposób: dziecko stało się zimném i sinėm, wystąpił silny dreszcz a nazajutrz rano odszedł mocz brunatny. Napad miał trwać zazwyczaj pół dnia albo cały dzień i przechodził. Według B. hemoglobinuryja bynajmniéj nie jest rzadką chorobą wieku dziecięcego, owszem u dzieci istnieje większa skłonność ciałek krwi do rozpadu niż u dorosłych. Szukając w moczu ciałek krwi, znalazł B. w osadzie osobliwą, dotąd jeszcze nieopisaną postać robaczkowatą, prawdopodobnie do obleńców należącą. Według Virchowa jestto mątwik (*Rhabditis*), co B. po dłuższém badaniu stwierdził. *Rhabditis* znalazła się raz w moczu kobiety, ale wtedy robaki z pochwy do moczu się dostały. W naszym przypadku o tém mowy nie ma, bo chory był chłopcem; przez badanie można było też wykluczyć obecność tych robaków w kale. Czy występowanie hemoglobinuryi stoi w jakim związku z tym rodzajem robaków, B. rozstrzygnąć nie może, ale uważa za rzecz ważną baczyć na to, czy znowu nastąpią napady z takim samym wynikiem. Hemoglobinu było w moczu 0·70319%. Ani w kale, ani we krwi nie znalazł B. owych robaków. (*Deutsche Medicinal-Zeitung* 1887, Nr. 55).
Dr. R. Spira.

Choroby nerwowe.

Prof. Dr. Mendel: **Ciekawy przypadek głuchoniemoty histerycznéj.**

Ciekawy przypadek głuchoniemoty opartéj według zdania jego na tle histeryi przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego berlińskiego prof. Mendel. Chory ów cierpiał (i cierpi jeszcze) od 1½ roku na głuchoniemotę téj szczególnéj formy, że codziennie od 6-téj rano aż do 9-téj rano mówi zupełnie prawidłowo, tak jak każdy inny zdrowy człowiek, z uderzeniem jednak godziny 9-téj przestaje zupełnie mówić i słyszeć.

Z anamnezy chorego zasługuje na uwagę to, że przed 23 laty — chory liczy obecnie lat 51 — został uderzony silnie w ramię prawe poczém wkrótce wystąpiły bóle i osłabienie ręki. Na klinice prof. Langenbecka miały po wstrzyknięciu morfiny wystąpić kurcze w ramieniu utrzymujące się do dnia dzisiejszego. Gdy się jednak stan jego polepszył oddawał się zwykłemu swemu zajęciu, aż gdy przed 15 laty po silniejszém wzruszeniu umysłowém wystąpiły napady utraty przytomności połączone z kurczami, które się utrzymywały przez cały rok. Przed 12 laty wytworzyła się kontraktura na ręce prawéj w stawie łokciowym, a przed 10 taka sama na ręce lewéj tak że chory palców należycie wyprostować nie mógł.

Obecna choroba datuje się od Marca 1886; podczas jednego z powyższych napadów, wystąpił stan taki, że chory ani słowa przemówić ani usłyszeć nie mógł, a utrzymywał się przez 14 dni; stan ten trwał regularnie od 5-téj po obiedzie aż do 6-téj rano następnego dnia; od maja zmienił się obraz choroby o tyle, że chory mówi i słyszy tylko od 6-téj rano do 9-téj rano. Chorego poddano jak najdokładniejszemu badaniu. Nerwy wychodzące z mózgu żadnych zmian nie okazują, źrenice oddziaływają dobrze, język porusza się normalnie, na rękach stan jak wyżej. W uchu prawém wykazano perforacyję bębenka po przebytém zapaleniu przewodu wewnętrznego usznego ropném, w lewém uchu tylko wciągnięcie i zmącenie znaczne błony bębenkowéj. Wziernikowe badanie krtani wykazało lekki naciek gruźliczy na więzadle głosowém lewém prawdziwém i fałszywém połączony z nieporuszalnością chrząstki nalewkowéj po téj samej stronie. Podczas badania laryngoskopowego chory wydaje wprawdzie głos ochrypliwy ale dobrze zrozumiały i słyszalny (badano go zawsze o 10¾ przed obiadem). Odruchy i czucie normalne. Podczas niemoty z otoczeniem porozumiewa się pisemnie. Ucisk na skórę powyżéj dłoni wywołuje napad (utratę przytomności, drzenie skóry całej); napad można przerwać przez ucisk na splot nerwów barkowych.

Przypadek zatem ten, powiada Mendel, przedstawia obok zwykłych przypadów hysterycznych jak uczucie kuli w gardle i t. p. i obok napadów hystero-epileptycznych ciekawą głuchoniemotę. Symulacyję można napewne wykluczyć. Dotychczas przypadek podobny w literaturze jeden tylko opisano, tam jednak była sama niemota, podczas gdy tu jest połączona z głuchotą. Wykluczając wszelkie inne zmiany centralne utrzymuje M. że najprawdopodobniej jakaś zmiana będzie się znajdowała w ośrodkach podkorowych i środkach przewodzących głos, gdyż trudności w mowie i słuchu występują tylko peryjodycznie. M. rokuje nie zupełnie niepomyślnie owszem sądzi, że przez hypnotyzowanie i poddawanie (*suggestion*) skutek da się osiągnąć. (*Wiener med. Blätter 1887, Nr. 30*). *H. K.*

Medycyna sądowa.

Prof. Ungar (Bonn): **O następowém śmiertelném działaniu wziewań chloroformowych.**

W dziełach chirurgicznych, farmakologicznych, toksykologicznych i sądowolekarskich spotykamy się z zapatrywaniem, że po szczęśliwém przebudzeniu się ze snu chloroformowego wszelka obawa o życie chorego ustaje. Tylko w dziele Caspra-Limana p. t. „otrucie chloroformem chroniczne“ omówioną jest możność powolnego działania chloroformu, tj. takiego działania, że chory przez godziny, dnie, nawet tygodnie pozostaje pod wpływem trucizny i nareszcie działaniu jéj ulega. Za przykładem Caspra poszli Langenbach i Fischer; ponieważ jednak pojęto niebezpieczeństwo, że pod wpływem nauki o chronicznem działaniu chloroformu

kłaść się będzie na karb jego działania przypadki śmierci, które w inny sposób łatwiej wytłumaczyć można, nauka więc ta, ledwie podana, poszła w zapomnienie.

A jednak zdarzają się przypadki, w których chorzy po szczęśliwie niby przebytéj narkozie przyszedlszy do siebie, w kilka dni późniéj śród objawów nagle rozwijającéj się niedomogi serca umierają, a ani obserwacyja za życia ani sekcyja nie są w stanie wytłumaczyć przyczyny śmierci. „*Shock* lub *Sepsis*“ są w takich razach płaszczykami niewiadomości naszéj. Ponieważ toksykologija nie zna trucizny nieuorganizowanéj i nierozmnażającéj się, którąby mogła utaić się w ustroju od czasu ustania znieczulania aż do wywołania groźnych a śmiercią kończących się objawów, takiego więc działania chloroformu przypuścić nie można. Działanie następowe narkozy wtedy tylko możnaby przypuścić, gdyby się dało wykazać, że chloroform wywołuje zmiany w organach, któreto zmiany coraz daléj się rozwijając prowadzą do śmierci. Już Nothnagel (w *Berl. klin. Woch.* 1866, Nr. 4) w rozprawie p. t. „O tłuszczowém zwyrodnieniu organów w otruciu eterem i chloroformem“ na podstawie doświadczeń czynionych na królikach doszedł do wniosku, że chloroform i eter zarówno jak kwasy galusowe, kw. arsenowy, kw. fosforowy, siarkowy itd. mogą wywołać zwyrodnienie tłuszczowe, i że nie wolno już przypuścić, jakoby w licznych tych przypadkach śmierci chloroformowéj, w których znaleziono zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i serca, już przed narkozą istniało schorzenie serca, usposabiające do śmierci z chloroformu, lecz że tę zmianę chorobową należy uznać za następstwo działania chloroformowego. Wprawdzie to zdanie Nothnagla słusznie nie doznało przychylnego przyjęcia, bo przeciw niemu przemawiała głównie okoliczność, że czas pomiędzy początkiem działania wziewań a chwilą śmierci w wielu przypadkach jest zanadto krótki, aby można przypuścić, iż ten krótki przeciąg czasu miał być dostatecznym do wywołania zwyrodnienia tłuszczowego u osób poprzednio zdrowych; i dla tego słusznem jest obecne zapatrywanie, że w takich przypadkach w obec już istniejącego zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego chloroformowanie łatwiéj wywołuje porażenie tegoż i śmierć nagłą. Ale doświadczenia Nothnagla miały tę korzyść, iż wskazały, że chloroform może wywołać zgubne zmiany w organach ważnych dla życia i tym sposobem dostarczyły możności tłumaczenia zgubnego działania chloroformu w przypadkach „zatrucia chronicznego“ tym środkiem.

Jednak doświadczeniami temi nie można było bezpośrednio posługiwać się ku temu celowi, a to z dwóch przyczyn: raz że Nothnagel robił doświadczenia swoje środkiem w postaci płynnéj (*per os* lub podskórnie) i wielkiemi dawkami, a wiadomo, że działanie trucizn jest odmienne, w miarę nietylko dawki ale w miarę stanu skupienia, w jakim, i drogi, którędy się ją wprowadza do organizmu zwierzęcego; powtóre, że Gading późniéj (w r. 1879) do odmiennych doszedł rezultatów. Z tych powodów autor wspólnie z Jurkensem przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach, psach i świnkach morskich znieczulając je *lege artis* i za pomocą chloroformu według *Pharmacop. germanica.* Po użyciu małych ilości chloroformu rezultat u królików pozostał prawie ujemny, większych ilości i nieco dłużéj stosowanych zwierzęta te nie znosiły; lepiéj nadawały się psy, u nich istotnie sekcyja wykazała ogólne zwyrodnienie tłuszczowe tak wybitne, jak się napotyka w otruciu fosforem lub arszenikiem; w mniejszym stopniu wystąpiła ta zmiana po jednorazowém, dłużéj trwającém chloroformowaniu psa; we wszystkich przypadkach psy poprzednio były zdrowe. Ale u ludzi, u których zachodzi potrzeba dłuższego chloroformowania, najczęściéj istnieją warunki, usposabiające do zwyrodnienia tłuszczowego, jak częste utraty krwi, gorączka, duszność, charlactwo, nadużycie napojów wyskokowych, krwotok wśród operacyi, złe odżywienie itd.; nic więc dziwnego, że u ludzi chloroformowanie krótsze prędzéj wywołać może zwyrodnienie większe.

Co do tłumaczenia, w jaki sposób powstaje zwyrodnienie pod wpływem chloroformu, nie godzi się autor na zdanie Nothnagla, jakby zmiana ta była wyrazem przeszkody w odżywieniu, albowiem badanie krwi nie wykazało rozpadu ciałek czerwonych, a nie wykazano oddziaływania barwika żółciowego w moczu, ani hemoglobinuryi. Autor szuka przyczyny zwyrodnienia, jak i po innych truciznach, w bezpośredniém działaniu chloroformu na tkaniny.

Tak więc autor doświadczeniami swemi potwierdza spostrzeżenia i zdanie Caspra; idzie nawet daléj przypuszczając, że śmierć, która następuje po upływie dni kilku po narkozie, pozornie szczęśliwie i bez objawów następowych przeprowadzonéj, może być wynikiem stósowanego chloroformu. Niewłaściwą jest tylko nazwa użyta przez Caspra „przewlekłe otrucie chloroformowe“, ponieważ obecnie znamy także otrucie chroniczne, występujące u ludzi, nadużywających chloroformu; dla tego autor proponuje nazwę „działanie następowe śmiertelne wziewań chloroformowych“.

Pod względem praktycznym wynika ztąd nauka, aby nie stosować narkozy bez koniecznéj potrzeby przez czas dłuższy, zwłaszcza w stanach usposabiających do zwyrodnienia, jak np. w porodach, w owaryjotomii, przy operacyjach u dzieci; ale i lekarz sądowy nie będzie mógł odtąd spuszczać z uwagi możności związku przyczynowego pomiędzy narkozą a śmiercią, choćby godzin a nawet dni kilka upłynęło było od ukończenia narkozy, a w każdym razie obszar „wstrząsu“ znów się ścieśni. (*Viertelj. f. ger. Med.*, 1887, 47 t., 1 zesz.). *L. B.*

Dragendorff: **Otrucie olejkiem anilinowym.** Kobieta w 18 dni po odbytym porodzie w zamiarze samobójczym wypiła około 10 grm. olejku anilinowego i toluidynowego; pomimo że wkrótce większą część trucizny zwymiotowała, popadła szybko w stan śpiączki, w którym do kliniki przewieziona została. Pozostawiając opis choroby lekarzowi, D. podaje spostrzeżenia swoje, które czynił w 18 godzin po wypiciu przez chorą trucizny.

Uderzającém było zabarwienie niebieskie palców, stóp, warg, dziąseł itd. Już przed 20 laty D. zwrócił uwagę, że „sinica“ w otruciu anilinowém nie jest niczém inném, jeno zabarwieniem, powstałém skutkiem rozkładu aniliny w związki barwne. To też w przypadku niniejszym nie było żadnych objawów sinicy, a zabarwienie niebieskie wywołane barwikiem niebieskim złożonym w tkanki. W wymiocinach wykazano oddziaływanie aniliny i paratoluidyny bardzo wybitne, w moczu zaś znaleziono tylko małe ilości nierozłożonéj aniliny a znacznie większe paratoluidyny, co łatwo się tłumaczy tém, że część aniliny przeszła w barwik niebieski. (*W. med. Bl.*, 1887, Nr. 32). *L. B.*

IV. Listy z Paryża.

III.

Jednym z największych szpitali paryskich jest szpital zwany *Hospice de la Salpêtrière*, położony obok dworca kolei orleańskiéj. Szpital ten mieści w sobie przeszło 5.000 cho-

rych i obejmuje: 1) przytułek dla starych nieuleczonych kobiet, 2) zakład dla obłąkanych i 3) niedawno utworzoną przez Wydział lekarski klinikę chorób nerwowych prof. Charcota. Jak wiadomo prof. Charcot wykładał poprzednio anatomiję patologiczną, wzbogacając literaturę cennemi pracami o zmianach wątroby i nerek itd. pełniąc zaś równocześnie służbę lekarską w Salpêtrière, mógł wiele korzystać z ogromnego materyjału chorób nerwowych, które, łatwo pojąć, stanowiły w dziale chorób nieuleczonych przeważną liczbę. Charcot szczególnie zwróciwszy uwagę z jednéj strony na ścisłe obserwowanie chorych nerwowych, a z drugiéj strony na najdokładniejsze badanie pośmiertne mózgu i rdzenia, zdołał należycie połączyć objawy przy łóżku chorego obserwowane z wynikiem badań anatomo patologicznych. Takie ścisłe zespolenie badań klinicznych z badaniami anatomo-patologicznemi wydać musiało bujny plon na polu nauki o chorobach nerwowych. W ten sposób zdobył sobie Charcot w krótkim czasie pierwszorzędną sławę w świecie naukowym jako neuropatolog, a chcąc pracować wyłącznie na téj obranéj drodze, zrzekł się profesury anatomii patologicznéj (którąto katedrę zajął po nim Vulpian) i rozpoczął swe klasyczne wykłady z dziedziny chorób nerwowych. Mimo wielkiego rozgłosu naukowego Charcota i jego szkoły Rząd utworzył klinikę chorób nerwowych dopiero przed dwoma laty. Odtąd datuje się także otwarcie kliniki ruchoméj dla chorób nerwowych, do któréj przybywa codziennie średnio 150 do 200 chorych po poradę lekarską. Badanie chorych w klinice stałéj prowadzoném jest w możliwie najściślejszy sposób i to zwykle najprzód przez asystentów a następnie przez prof. Charcota, który na każdym kroku nie szczędzi swych cennych uwag dla licznie gromadzących się około niego lekarzy zagranicznych. Pierwszym asystentem kliniki (*chef de clinique*) jest Dr. Babiński, zasłużony ulubieniec Charcota. Gabinetem elektroterapeutycznym zarządza Dr. Vigouroux. Oprócz prądu stałego i przerywanego używają tu przedewszystkiém prądu statycznego czyli tak zwanéj Franklinizacyi. Dwie wielkie maszyny elektryczne, których tafle szklanne obraca maszyna parowa, zasilają elektrycznością 20 stołków izolowanych. W ten sposób może się elektryzować równocześnie 20 chorych usadowionych na wspomnianych stołkach. Czynność lekarza polega na wydobywaniu iskier elektrycznych jużto ze stosu pacierzowego jużtéż z odnóg za pomocą wielkiego rozbrajacza. Obrócz korzyści ściśle terapeutycznych posiada ten sposób elektryzowania także korzyści praktyczne, a mianowicie pozwala elektryzować równocześnie w krótkim czasie znaczną liczbę chorych, a powtóre chorzy nie potrzebują wcale zdejmować swéj odzieży, korzyści, które w obec ogromnego nawału chorych, niepośledniéj są wagi. Ze względu, że u chorych nerwowych badanie nader dokładne wzroku jest czasem rzeczą bezwzględnie niezbędną, utworzył Charcot już dawno osobny gabinet, w którym specyjalny asystent okulista bada najszczegółowiéj wzrok chorych, a głównie bystrość wzroku, zakres pola widzenia dla różnych barw, obraz wziernikowy itd. Z kliniką połączona jest pracownia histologiczna z bardzo obfitym i starannie zebranym materyjałem. Do kliniki należy także muzeum anatomo-patologiczne (kości ze zmianami troficznemi w uwiądzie rdzenia, kośćce zniekształcone skutkiem porencefalii, odlewy gipsowe różnych zaników mięśniowych itd.) i gabinet fotograficzny.

Wykłady systematyczne miewa prof. Charcot 2 razy w tydzień po 1½ godziny. W sali wykładowéj mieszczą się różne przyrządy, służące do projekcyi obrazów mikroskopowych. Nawiasowo wspomnę, że wykłady, aczkolwiek przypadają między godziną 10tą a 12tą przed południem, odbywają się przy świetle gazowém, którato okoliczność w połączeniu z przystrojeniem sali olbrzymim obrazem olejnym sprawia niezwykłe wrażenie na osobach przybywających po raz pierwszy na wykłady neuropatologii. Ze względu, że Charcot ilustruje każde niemal słowo swego wykładu przedstawieniem chorych lub odpowiednich okazów, odnosi się z jego wykładu nader miłe, przyjemne i silne wrażenie, podobnie jak po najlepszém przedstawieniu teatralném. Porównanie to tém większe zyskuje usprawiedliwienie, jeżeli się zarazem uwzględni, że po skończonym wykładzie nie brak hucznych i przeciągłych oklasków na cześć prelegenta. Żegnanie profesorów oklaskami stanowi nieraz wcale silną pobudkę dla profesorów do starannego opracowywania swych wykładów nietylko pod względem treści ale i formy.

Z przypadków przedstawionych na wykładzie Charcota przytoczyć chciałbym kilka ciekawszych. Bardzo żywo utkwiły mi w pamięci dwa przypadki „*scleroderma*“ u kobiet. Chore okazywały twarz nabrzmiałą, wyraz twarzy jak u mumii, wargi obrzmiałe, usta na pół rozwarte, jak gdyby śmiejące się. Skóra na twarzy i rękach gładka, lśniąca, nie dała się ująć we fałd. Palcom u rąk brak ostatniéj falangi; palce czynią wrażenie jak gdyby ktoś ostatnie ich falangi umyślnie poodcinał. Paznogcie są w wysokim stopniu zanikłe i ku dołowi pozakrzywiane. Przyczyną braku ostatnich falang jest zanik (*atrophia interstitialis).* Choroba występuje symetrycznie na obu rękach i twarzy. Ze względu na tę lokalizacyję określił Charcot bliżéj rodzaj choroby nazwą: *scleroderma particularis* a jeszcze dokładniéj *scleroderma dactylofacialis*. Chorobę tę zalicza Charcot do chorób nerwowych a w szczególności do nerwic troficznych (*Trophoneurosis*). W rdzeniu pacierzowym nie napotkano żadnych zmian, w nerwach zaś obwodowych stwierdzono tylko zmiany następowe, wywołane skutkiem ucisku nerwów. Różnica między *lepra* a *scleroderma* polega głównie na tém, że w *scleroderma* nie ma znieczulenia. — Niemniéj żywo zajął mię przypadek *myxoedema* czyli tak zwanéj *cachexie pachydermique*. Twarz choréj była podobną najzupełniéj do księżyca w pełni, jak to prof. Charcot trafnie zauważył. W całości twarz była obrzmiałą, jak gdyby nalaną, powieki górne zgrubiałe, blade i przymknięte skutkiem niedowładu mięśni podnoszących powieki. Chora chcąc otworzyć oczy podnosiła tylko brwi, skutkiem czego czoło pokrywało się licznemi fałdami poprzecznemi. Policzki nadęte, nieco różowawe odbijały od bladego tła twarzy. Inteligencyja choréj bardzo znacznie przytępiona, wszystkie władze psychiczne działały nadzwyczaj leniwie (*stupor*). Choroba ta, zdaniem Charcota, zostaje najprawdopodobniéj w związku z upośledzeniem lub wyeliminowaniem czynności gruczołu tarczykowego. — Wśród wykładów o *Paralysis agitans* przedstawił Charcot jeden przypadek téj choroby, w którym brak było dominującego zazwyczaj objawu, to jest trzęsienia. Chory okazywał chód sztywny, posuwisty i zajmował ustawicznie postawę ciała ku przodowi pochyloną. Jako cechę wyróżniającą porażenie histeryczne odnogi dolnéj od porażenia mózgowego itp. uwydatnia Charcot chód chorego, a mianowicie w histeryi stopa nie zatacza po podłodze łuków zwróconych wypukłością ku zewnątrz, lecz kreśli linije proste w kierunku, w jakim chory postępuje. Nadto w histeryi są odruchy ścięgniste prawidłowe, stawy dość wiotkie, a natomiast istnieją zaburzenia w czuciu, ścieśnienie pola widzenia, upośledzenie smaku, węchu itd. — W leczeniu uwiądu rdzenia pacierzowego poszczycić się mógł

Charcot pomyślnym wynikiem w kilku przypadkach. Pod wpływem leczenia (głównie *Kali jodatum*) nietylko ustąpiły bóle i znikł objaw Bracht-Romberga, ale także przywróconym został prawidłowy chód i pojawiły się odruchy ścięgniste. Obok *Kali jodatum* używa Charcot w tėj chorobie z dobrym skutkiem *Ergotin de Seigle* po 0·20 przez pierwsze 4 dni każdego tygodnia, a przeciw bólom strzelającym zaleca *Acitanilid* 1:3. W przypadkach zawrotu głowy, w których trudno wykazać przyczynę anatomiczną, przepisuje chinin z pomyślnym wynikiem. Przeciw tak zwanėj migrenie ocznėj używa *Kali jodatum*.

W obecnych czasach zajmuje się Charcot najwięcėj kwestyją hypnotyzmu. Nad przedmiotem tym pracuje niezmordowanie nietylko w celu zbadania właściwėj przyczyny i istoty hypnotyzmu ale także w celu zużytkowania hypnotyzmu do rozpoznawania a głównie leczenia chorób, a zwłaszcza histeryi. Jakie zdanie wyznaje Charcot w tėj kwestyi, wspomniałem już o tėm w Przeglądzie Lekarskim podając „Kilka przypadków histeryi u mężczyzn“. Tu tylko przypomnę, że Charcot rozróżnia trzy stany hypnotyczne, a mianowicie: 1) stan somnambuliczny, 2) stan kataleptyczny i 3) stan letargiczny czyli tak zwany wielki hypnotyzm. Nadto chcę dodać, że Charcot zwrócił teraz najbaczniejszą uwagę na zachowanie się nerwów obwodowych w stanie hypnotycznym, przekonał się bowiem, że w niektórych przypadkach pobudliwość nerwów obwodowych jest tak wygórowana, iż słaby ucisk palcem wywarty na nerw wywołuje już tężcowy skurcz odpowiednich mięśni, w innych zaś razach pobudliwość tak się obniża, że nawet silne prądy elektryczne nie są w stanie wywołać skurczu mięśniowego. W pewnych odstępach czasu miewa Charcot wykłady w zakresie hypnotyzmu wyłącznie dla starszych lekarzy, a wtedy wykonywa także na większą skalę doświadczenia z poddawaniem myśli (*suggestion mentale*).

W celach leczniczych używają w Salpêtrière dosyć często magnesów wielkich kształtu podkowy i stosują tak zwany transfert. Chorą, (np. z porażeniem histerycznėm, bezgłosem, kurczami lub kontrakturą itp.) sadzają na krześle w ten sposób, że plecami swemi opiera się o plecy innėj chorėj, znajdującėj się w stanie hypnotycznym, a w bliskości którėj znajduje się magnes. Po pewnym czasie przenosi się objaw chorobowy z pierwszėj chorėj na drugą, którą innemi procedurami hypnotycznemi łatwo znów uwolnić można od przyswojonego sobie objawu chorobowego. *Dr. Prus.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Po za tą wystawą sekcyjną liczni pojedynczy wystawcy wzięli udział w tym dziale wystawy mianowicie co do środków pożywienia a odbywała się nawet na miejscu sprzedaż niektórych. Za dużoby miejsca zabrało gdybyśmy podać tu chcieli tylko pobieżny przegląd tych różnych wyrobów ogólnie tylko uczynimy wzmiankę że widać było dążność do zrównania się z zagranicą na polu wyrobu różnych pożywek i wyrobów chemicznych a nawet i przyrządów fizycznych. Bliższe badania mogą tylko okazać o ile chęciom dorównał skutek, powierzchowne jednak obejrzenie czyniło to pocieszające wrażenie że wyroby te mogą się mierzyć z zagranicznemi.

Drugą sekcyję tego działu stanowiła sekcyja pasorzytnicza. Obejmowała ona wystawę okazów pasorzytów tak roślinnych jak i zwierzęcych, ich różne hodowle, wykazanie sposobu działania na ustroje, sposoby, przyrządy i środki badania. Urządzenie tėj wystawy było bardzo ładne i odpowiednie celowi obznajomienia szerszėj publiczności z rzeczą tą dla niėj zupełnie nieznaną lub mało znaną, a to dzięki staraniom jakie ponieśli urządzający. Jeżeli szczegóły były bardzo pouczającemi dla lekarzy i przyrodników a szczególnie dla tych, którzy z dala od ognisk naukowych teoretycznie tylko znają postępy, jakie nauka na polu bakteryjologii ciągle obecnie czyni, to ogół wykształconych zwiedzający wystawę, pośród którego zapewne większość nie miała o tych rzeczach wyobrażenia, miał sposobność nabrać tu ogólnego pojęcia. Nie mało przyczyniały się do tego wykłady jakie z niezmordowaną wytrwałością miewali tu członkowie urządzający tę sekcyję, a które cieszyły się wielkiėm powodzeniem. Wystawa ta dawała obraz dzisiejszego stanu nauki pod każdym względem a wystawione okazy przyrządów po większėj części w kraju zrobionych, świadczyły że fabrykanci, mimo trudnych okoliczności, mimo małego pokupu podobnych przyrządów, mogą i chcą wszelkim wymaganiom zadość uczynić.

Drugi oddział wystawy stanowił dział budowlany. Właściwėj wystawy sekcyjnėj nie było w tym dziale, komitet urządzający postarał się atoli o rozmaite plany, rysunki i okazy z różnych miast, co do dobrych urządzeń technicznych a odpowiadających zarazem wymaganiom sanitarnym. Widzieć tu było można plany miast większych, domów dla robotników z Anglii i Niemiec, tu należały też plany, rysunki, fotografije urządzeń miejskich w Krakowie (rzeźnia, dom przedpogrzebowy, sposób usuwania nieczystości systemem Tallarda itd.). Tu zaliczonėm też zostało wszystko, co się odnosi do urządzenia higijenicznego domów. Byłto dział obszerny i stosunkowo licznie na wystawie reprezentowany mieścił się częścią w pawilonach wystawowych lub oddzielnych albo też i na wolnėm powietrzu. — I tu miejsce zezwala tylko na wzmiankę o najważniejszych przedmiotach. Pierwsze miejsce należy się bez wątpienia wystawie miasta Warszawy. Zarząd miasta ocenił wielkie znaczenie wystawy higijenicznėj i nie szczędząc kosztów wystawił wiele przedmiotów, modeli oraz rysunków, planów itd. Pomijając nawet rzeczy należące do ratownictwa od ognia jako nienależące ściśle do higijeny, a które pięknie się prezentowały, to ogół innych wystawionych przedmiotów stanowił wystawę nader ciekawą i świadczącą dobrze o zabiegliwości zarządu miejskiego i chwalebnych jego dążnościach co do dwóch najważniejszych urządzeń sanitarnych, co do kanalizacyi i wodociągów. Co do pierwszėj wystawiono wielkich rozmiarów plan robót kanalizacyjnych, przedstawiono w rysunku urządzenia kanalizacyjne domowe i modele dotyczące budowy pojedynczych kanałów, ich połączenie się, drzwi przeznaczone ku przepłokiwaniu kanałów i t. d. Najokazalszym atoli przedmiotem było naśladowanie części kolektora bielanskiego jakie na wystawie przedstawiono, mianowicie sposób tunelowy budowy kanału oraz wzór już gotowego kanału wraz z kanałem wentylacyjnym i wpustem ulicznym. — Co do wodociągów, to prócz planu ogólnego sieci wodociągowėj w Warszawie, rysunku urządzeń wodociągowych domowych wystawiono różne materyjały do budowy służące oraz filtr domowy zastosowany do rur wodociągowych. Warszawa ma być zaopatrzoną wodociągami doprowadzającemi wodę z Wisły, czerpaną na stacyi na Koszykach gdzie znajdować się będą filtry dokonywające oczyszczenia wody na wielką skalę, — na wystawie zbudowano model takiego filtru wodociągowego

naturalnéj wielkości, dający najlepiej poznać jak olbrzymie zadanie podjęto, rozpoczynając budowę tego rodzaju wodociągów, — oby one tylko po wykończeniu wymagania słuszne co do wody zaspokoić zdołały. Prócz kanałów i wodociągów ważném urządzeniem miejskim są bruki, co do których Warszawa bardzo wiele pozostawia do życzenia. Kawałek jednéj z ulic wystawy wybrukowano różnemi materyjałami do bruków używanemi, — wyglądały one ładnie, ale jeżeli co do którego z urządzeń miejskich, trzeba przy wyborze liczyć się prócz wymagań sanitarnych także z kosztami i trwałością, to właśnie co do bruku, — pod tym atoli względem nie dostrzegliśmy na wystawie żadnych wskazówek.

Prócz wielu innych przedmiotów mniejszego znaczenia zarząd miasta Warszawy wystawił jeszcze kiosk meteorologiczny, o którym już wspomnieliśmy, oraz przenośną kamerę dezinfekcyjną według systemu Bakona na kołach. Nie przecząc, że takie przyrządy przenośne w pewnych okolicznościach np. dla pojedynczych zakładów lub dla miast mniejszych są pożyteczne a nawet stosunkowo znaczne usługi oddać mogą, to miasta tak wielkie i ludne jak Warszawa przyrządami tych rozmiarów zadawalać się nie powinny, ale posiadać winny zakłady dezinfekcyjne, pomnąc, że przedmioty przez chorych używane stanowią jednę z ważniejszych dróg szerzenia się chorób zakaźnych, a przeto odwietrzanie jedno z ważniejszych zarządzeń w ochronie od tych chorób. Czy przewożenie zresztą z miejsca na miejsce takich przyrządów jest odpowiedniém? czyż przez to nie można rozwlec zarazka?

Przejdźmy teraz do wystaw innych wystawców. Jeżeli weźmiemy na uwagę różne higijeniczne urządzenia domowe, to stosunkowo liczne były okazy odnoszące się do wychodków mniéj lub więcéj wymaganiom higijenicznym odpowiadających i do usuwania oraz dezinfekcyi odchodów. Wiadomo, że torf stanowi jeden z lepszych środków odwaniających i odwietrzających, a zastosowanie jego jest wygodne i łatwe. Na wystawie widzieliśmy kilka rodzai torfu lub przetworów z niego otrzymanych w celu dezinfekcyi, a mianowicie dostarczyły okazów dwie firmy polskie, jedna z Otwocka, druga z Rąbienia, z których pierwsza urządziła nawet na wystawie dla użytku publicznego wychodek torfowy. O ile słyszeliśmy, wychodki torfowe, a więcéj jeszcze przetwory dezinfekcyjne torfowe z tych fabryk, rozpowszechniają się po Królestwie Polskiém i zadawalają odbiorców. I inne systemy wychodków były reprezentowane na wystawie, jak wychodki wodne z różnym urządzeniem, urządzenie wychodkowe Argamakowa z Połocka na zasadzie wychodków ziemnych. Skoro mowa o wychodkach, to wspomnieć téż na miejscu o pisoarach, których także kilka konstrukcyj było na wystawie, mianowicie do samodzielnego przepłukiwania. Firma wyrobów z blachy falistéj Tillmansa z Pruszkowa wystawiła pisoar uliczny z blachy falistéj, czy jednak ze względu na trwałość odpowiedni to materyjał w tym celu, wątpić należy, dowód, że blacha w tym celu, zwłaszcza gdzie nie ma wodociągów, jest nie odpowiednią mieliśmy w Krakowie. Kompanija asanizacyi wystawiła przyrządy do wywózki nieczystości i odpadków, powierzchowne wrażenie, jakie z obejrzenia odnieśliśmy, było to, że krakowskie urządzenie Tallarda jest lepsze niż używane w Warszawie. (C. d. n.)

---

* Otrzymujemy następny list:

Wydział krajowy oddał od r. 1882 dostawę krowianki świeżéj dla całego kraju p. Kubickiemu, docentowi weterynaryi w szkole dublańskiéj. P. Kubicki, podejmując się tego przedsiębiorstwa, postanowił nie szczędzić ani trudu, ani kosztów, aby zakład przez siebie utworzony, postawić na wysokości tegoczesnych wymagań. Pierwsze atoli kroki nie były zbyt szczęśliwe: błędy popełnione mimowiednie w szczepieniu, zbieraniu krowianki, przechowywaniu jéj, przygotowaniu szpatułek i przesyłaniu były przyczyną, że w wielu miejscach krowianka z zakładu jego nie skutkowała należycie, zawodziła lekarzy szczepiących, a skutkiem tego były: niezadowolenie, skargi i udawanie się jak lekarzy tak i publiczności do zagranicznych zakładów. Setki, a nawet tysiące złr. wychodziły z kraju na poparcie obcego przemysłu. P. Kubicki, czując, że mu brak doświadczenia nie zawahał się przed poniesieniem znacznego wydatku na dwukrotną podróż do Saksonii i do Belgii, dla dokładnego przypatrzenia się technice szczepienia, zbioru krowianki i przygotowania jéj do rozsyłki i po kilku latach sumiennéj pracy doszedł do najlepszéj metody szczepienia jałówek, a otrzymawszy z Belgii prawdziwą ospę krowią przyszedł do takich rezultatów, że z przyjemnością możemy dziś powiedzieć, iż nie potrzebujemy udawać się do Wiednia, Monachijum lub Gracu po krowiankę, gdyż nasza, krajowa, jest nieporównanie lepszą i nie potrzebujemy wysyłać za granicę pieniędzy z ubogiego kraju naszego, bo znajdziemy wyśmienitą krowiankę u siebie z zakładu znajdującego się pod nieustanną kontrolą Wydziału krajowego.

Że krowianka z zakładu p. Kubickiego otrzymywana jest bardzo dobrą, świadczą rezultaty szczepienia: Na 74 starostw, do których była posłana krowianka o rezultacie szczepienia uwiadomiło 52 lekarzy powiatowych; w 41 procent przyjęcia się był 100; w dziewięciu wyżéj 96%, w jednym 89%, a w jednym 78·5%. Średnio zaś procent przyjęcia się wynosił 98·1. Z 22 powiatów nie otrzymano odpowiedzi, ze względu jednak, iż lekarze szczepiący w tych powiatach otrzymali krowiankę równocześnie z lekarzami, którzy mieli tak dodatni rezultat i że żaden z nich nie skarżył się na zawód, musimy przyjść do wniosku, że i u tamtych szczepienie udało się zarówno dobrze. W czasie wizytacyi zakładu czytałem listy pp. lekarzy: wszyscy bez wyjątku chwalili krowiankę p. Kubickiego i dziękowali mu za to, że w tym roku nie doznali żadnego zawodu w szczepieniu. Z przyjemnością donoszę o tém Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Zauważyć należy, że Namiestnictwo we Lwowie wydało rozporządzenie, aby trzej lekarze powiatowi pp. Dr. Ponikło w Krakowie, Dr. Biesiadecki w Jaśle i Dr. Wurst w Kałuszu szczepili w swych okręgach jedynie krowianką z tego zakładu pobraną, dla doświadczenia o ile taż przyjmować się będzie. Pierwszy z pomienionych lekarzy szczepił do 2.000 dzieci w swoim okręgu, drugi 1.800, a trzeci około 800; rezultat u pierwszego był 99·6%, u drugiego i trzeciego 100%.

W końcu dodaję, że krowianka w stanie płynnym w fijolkach zawarta o wiele przewyższa krowiankę na kostkach zasuszoną; o ile bowiem pierwsza okazała się w skutkach swoich niezawodną i do dwóch miesięcy przechować się dającą, o tyle ostatnia mniéj jest godną zaufania, gdyż po 4 — 6 dniach w porze letniéj już się psuje a tém samém i działania swego nie wywiera.

Dr. Jan Stella Sawicki, inspektor szpitali.

○ Celem powstrzymania egipskiego zapalenia ócz Minister wojny wystosował do wszystkich węgierskich komend wojskowych rozporządzenie, aby przy dyslokacyjach żołnierzy chorych na jaglicę (*trachoma*) (także i rekonwalescentów) zawiadamiano o tém władze cywilne, Minister zaś spraw wewn. wezwał zarządy miejskie, aby starały się o oddzielenie zameldowanych chorych na oczy i zastósowanie odpowiednich środków ochronnych.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 sierpnia. W przyszłym tygodniu ma być otwartą krajowa wystawa przemysłowo-rolnicza. Udział w niéj jest nadspodziewanie liczny, tak że zachodzi potrzeba redukcyi miejsca przez pojedynczych wystawców żądanego, a cała wystawa bardzo ładnie się zapowiada. Odnosi się to także do grupy 26, obejmującéj przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych, tak że powrócono do pierwotnego zamiaru utworzenia oddzielnego pawilonu balneologicznego, którego téż budowa obecnie z pośpiechem się odbywa.

* W Krynicy bawiło do d. 19 sierpnia 2891 osób, w Iwoniczu do 6 sierpnia 1336, w Szczawnicy do 14

sierpnia 2393 osób, w Cieplicach czeskich do 18 sierpnia 6594 osób, w Gainfarn do 23 sierpnia 1210.

* Z powodu niebezpieczeństwa cholery nakazało Ministeryjum handlu 7-dniową kwarantanę i dezinfekcyję dla towarów przybyłych z Brindisi a p. Minister spraw wewn. zawezwał wszystkie władze polityczne do dokładnego wykonywania sanitarnych zarządzeń.

Z tego samego powodu dolno-austryjackie Namiestnictwo poleciło gminom koło Wiednia położonym, aby zarządziły poddanie wszystkich osób z Włoch przybywających trzechdniowéj lekarskiéj obserwacyi a zarazem poddanie podejrzanych przedmiotów ścisłemu odwietrzeniu i oczyszczeniu.

* **Warszawa**. Wystawa higijeniczna przyniosła dochodu koło 26.000 rs., wydatki zaś wyniosły 25.000, zatém pozostałość wynosi niespełna 1000 rs.

* **Wiedeń**. Ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadomiło dyrekcyję szpitala powszechnego, że „ze względu na liczne niepowodzenia“ na dalsze badania szczepienia ochronnego od wścieklizny, rozpoczęte na klinice prof. Alberta, subwencyi udzielić nie może, że jednak „w uznaniu powodów, któremi kierowano się przy rozpoczęciu szczepień tyle rozgłosu w początku wzbudzających“ wynagradza kwotą ryczałtową 1000 złr. wydatki poniesione na próby. W obec tego ma Dr. Ullmann całkiem swe doświadczenia zawiesić.

W ubiegłém półroczu letniém zapisanych było na Wydział lekarski uczniów 2178 zwyczajnych, 490 nadzwyczajnych, między tymi 334 zagranicznych lekarzy.

* **Monachijum**. Dnia 2 sierpnia wykonał prof. Dr. Nussbaum 500tną laparotomiję. Słuchacze zgotowali mu z tego powodu owacyję, urządzając przy wstępie do kliniki rodzaj bramy tryjumfalnéj z kwiatów, z liczbą 500 na szczycie.

* **Amsterdam**. W myśl wniosku uchwalonego na międzydzynarodowym Kongresie higijenicznym odbytym w r. 1885 rozpocznie tu od 15 września rb. wychodzić międzynarodowe czasopismo przeciw fałszowaniu pożywek w języku francuskim; przy dostateczném atoli poparciu mają być także pomieszczane artykuły w języku niemieckim i angielskim.

* **Paryż**. W czasie wystawy międzynarodowéj w r. 1889 mają się tu odbyć Zjazdy lekarski i higijeniczny. Odpowiednie komitety urządzające już się zawiązały.

Na wystawie wieku dziecięcego, która się tu odbyła, redakcyja *Zdrowia* otrzymała złoty medal.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Petersburg**. Nadzwyczajny prof. akuszeryi Dr. Rein został mianowany prof. zwyczajnym. — **Paryż**. Prof. Richet mianowany zwyczajnym prof. fizyjologii. — **Montpellier**. Prof. Hamelin mianowany zwyczajnym prof. terapii i kliniki lek.

* **Odznaczenia**. Emerytowany prof. Uniwersytetu wiedeńskiego Hyrtl otrzymał nowo utworzoną odznakę *„litteris et artibus“*.

* **Nekrologija**. Prof. Pansch, prosektor zakładu anatomicznego w Kiel utopił się przypadkowo. — Dr. Gordon, prof. chirurgii w Queens College zmarł w Belfast.

Redakcyja otrzymała:

Dr. HERING: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności na podstawie badań mikroskopowych i klinicznych z 2ma tabl. lit. i 1 chromolit. 8vo maj str. 117. (Odbicie z Gaz. Lekarskiéj).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 3 Września 1887. Nr. 36.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiem i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Trzy nowe przypadki przetrwania błony źrenicznéj.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.

W 1szym zeszycie Pamiętnika Tow. Lek. warszawskiego z roku 1882, w artykule „Przetrwanie błony źrenicznéj“ podałem krótki szkic historyczny rozwoju poglądów na wadę rozwojową oka w mowie będącą, a prócz własnych 5ciu przypadków przytoczyłem pokrótce wszystkie, które poprzednio drukiem były ogłoszone. Podane wtedy przypadki dość były nieliczne, tak iż razem z 5ma mojemi i z przypadkiem Cohna, który w końcu rozprawy méj przytoczyłem, liczba ich wynosiła tylko 30. W tym samym roku ogłosiłem w Pamiętniku jeszcze 2 przypadki; z tych w jednym mieliśmy blaszkę środkową na torebce, od któréj ku linii wężykowatéj przedniéj powierzchni tęczówki przebiegały 3 włókna, w drugim szparę tęczówki ku dołowi, resztki zaś błony znajdowały się przeważnie w obrębie szpary, dając równocześnie powód do źrenicy wielorakiéj. Od tego czasu przybyło nam 103 mniéj lub więcéj dokładnych opisów wady, razem więc z 3 przypadkami, które niżéj podam, wynosi liczba dotąd opisanych przypadków 140, może nawet znacznie więcéj, gdyż przypadki podane w pismach mało rozpowszechnionych łatwo ujść mogły naszéj uwagi.

Z tych przypadków wspomnę tu tylko o kilku, mianowicie o tych, które znacznie się od innych różnią. Schindelka (*Zeitschr. f. vergleich. Augenheilk.* 1883, str. 102) spostrzegał resztki błony w jedném oku u konia. W przypadku Makrockiego (*Arch. f. Augenheilk.* XIV, 1), w lewém oku włókna przetrwałe przyczepiały się do rogówki. W przypadku Bergera (*Klin. Monatsbl.* August 1884), spostrzegano równocześnie zaćmę warstwową. W przypadku Mayerhausena (*Klin. Monatsbl.* 1886, Januar) u 5-miesięcznego dziecka zupełna blonka zrośnięta z mniejszym pierścieniem tętniczym tęczówki, przykrywała 2 górne trzecie części źrenicy. W 2gim przyp. Van Duysea (*An. d'oculistique* 1886, Janv. Févr.) blaszka na soczewce, ku któréj przebiegały włókna przetrwałe, miała postać zaćmy stożkowatéj. Na szczególną uwagę zasługuje 3cie spostrzeżenie tegoż autora. U 3-miesięcznéj dziewczynki był brak zupełny obu tęczówek, w środku przedniéj torebki znajdowały się białe plamy. Włókna przetrwałe zupełnie przypominały naczynia błony źrenicznéj u zapłodka, zwłaszcza w późniejszym okresie (w końcu 6go lub początku 7go miesiąca życia zarodkowego), tylko włókna nie tworzyły sieci, lecz pętle ku wewnątrz zwrócone, sam zaś środek zupełnie był od pętel wolny. W 4tém spostrzeżeniu Van Duysea blaszka środkowa na torebce występowała ku przodowi o 2 mm. i nie różniła się bynajmniéj pod względem barwy od tęczówki.

Opiszę teraz trzy przypadki, które sam niedawno spostrzegałem.

1. Eustachy N., 21-letni, miernéj budowy. Powieki, spojówka i rogówka w obu oczach zupełnie prawidłowe. Prawe oko: Tęczówka barwy brunatnéj, linija wężykowata znacznie ciemniejsza, na kształt gwiazdy o 8 większych promieniach, które dochodzą prawie do samego brzegu rzęskowego. Linija ta zresztą wcale nie istnieje w obrębie górnego i zewnętrznego odcinka tęczówki, ku któremuto miejscu zbliżając się łączy się ona z brzegiem źrenicznym. Z wyjątkiem tego miejsca, ku wewnątrz od linii, w pasie źrenicznym tęczówki spostrzegamy drobne prążki, idące w kierunku promienistym. Zewnętrzny (rzęskowy) pas tęczówki ma powierzchnię prawie jednostajną, spostrzegamy w nim tylko ciemniejsze pasemka, idące w kierunku mniéj więcéj promienistym; niekiedy tworzą one łuki lub téż dzielą się dwudzielnie. Na torebce soczewkowéj spostrzegamy blaszkę, która dość znacznie występuje ku przodowi, barwy

Fig. 1.



brunatnéj, kształtu prawie okrągłego, średnica jéj wynosi 2 mm. W dwóch miejscach, mianowicie wyżéj środka blaszki i obok górnego i zewnętrznego jéj brzegu, za pomocą jakby widełek powstają 2 pasemka barwy linii wężykowatéj (a więc ciemniejsze od barwy blaszki), które prawie w środku brzegu górnego blaszki łączą się pod kątem prostym i oddzielając się od torebki soczewkowéj tworzą jedno włókno dość grube, które zwraca się wprost ku górze i łączy się tu z układem włókien, pochodzących od górnego i zewnętrznego odcinka przedniéj połowy tęczówki. Właściwie mamy tu 3 główne włókna; z tych zewnętrzne wcale się nie dzieli, staje się coraz cieńszém, aż w końcu niknie nieopodal brzegu rzęskowego. Następujące włókno dzieli się dwudzielnie, gałąź zewnętrzna znów dwudzielnie, a rozgałęzienia te są widoczne na znacznéj przestrzeni na przedniéj powierzchni tęczówki; przeciwnie wewnętrzna gałąź łączy się wprost jakby z osobnym przydatkiem tkanki tęczówki, który zresztą co do barwy wcale się od pozostałych części nie różni. Wreszcie wewnętrzne włókno dzieli się dwudzielnie, któryto podział jeszcze raz się powtarza na wewnętrznéj gałęzi. Dwie sąsiadujące ze sobą gałęzie obu ostatnich włókien łączy cienkie spoidło, mające kierunek poziomy. Pod względem barwy, włókna od tęczówki idące nie różnią się od włókna idącego od blaszki na torebce, zatém od barwy linii wężykowatéj. Pomiędzy brzegiem żrenicznym a blaszką włókna położone są swobodnie w komorze przodkowéj, łączą się zaś z tkanką tęczówki o 1 przeszło mm. od brzegu żrenicznego. Wzrok tego oka = $^{5}/_{200}$. Prócz wspomnianéj blaszki, soczewka jest zresztą zupełnie prawidłową, toż samo ciało szklane, naczynia i tarcza nerwu wzrokowego; dają się tylko spostrzegać zjawiska, dowodzące nieprawidłowego astygmatyzmu.

Fig. 2.



Lewe oko (fig. 2). Rzęskowy pas tęczówki nie różni się od pasa rzęskowego tęczówki oka prawego. W środku torebki soczewkowéj spostrzegamy blaszkę kształtu nienormalnego, lecz mniéj lub więcéj téj saméj wielkości, co i w oku prawém. Linija wężykowata znajduje się tylko w wewnętrznéj połowie tęczówki i również wygląda jak połowa gwiazdy o 4 głównych promieniach. W połowie wewnętrznéj tęczówki znajduje się także linija wężykowata, lecz o wiele mniéj wyraźna, nadto jest tu ona położona obok samego brzegu żrenicznego. Żreniczny pas tęczówki z prążkami promienistemi znajdujemy więc właściwie tylko w wewnętnéj połowie tęczówki. Zewnętrzną połowę żrenicy przecina pasemko barwy linii wężykowatéj; ku górze dzieli się ono na 2 włókna, z których każde następnie znów się dwudzielnie dzieli, obie wewnętrzne gałęzie łączą się z przydatkami tkanki tęczówkowéj, zewnętrzne zaś, jako włókna wyraźne, dochodzą do samego prawie brzegu rzęskowego. Środkowa, cienka część pasemka jest przyczepiona do brzegu zewnętrznego blaszki na torebce soczewkowéj. Ku górze od tego miejsca spostrzegamy w pasemku zgrubiałość, od któréj ku górze i ku zewnątrz kieruje się włókno i następnie dzieli się dwudzielnie pomiędzy brzegiem żrenicznym a rzęskowym tęczówki. Wreszcie ku dołowi, nieopodal brzegu żrenicznego, w pasemku spostrzegamy jeszcze zgrubiałość o wiele znaczniejszą, w któréj dzieli się ono na 3 włókna. Z tych wewnętrzne zwraca się ku wewnątrz i ku dołowi i łączy się z liniją wężykowatą, środkowe prawie wprost ku dołowi i dzieli się dwudzielnie, wreszcie zewnętrzne wcale się nie dzieli. Jak pasemko tak téż włókna są barwy brunatnéj, zupełnie jak linija wężykowata. Prócz części środkowéj zrośniętéj z brzegiem blaszki pasemko i włókna położone są swobodnie w komorze przodkowéj i łączą się z przednią powierzchnią tęczówki w odległości mniéj lub więcéj 1 mm. od brzegu żrenicznego. Wzrok w tém oku = $^{15}/_{200}$. Co się tyczy soczewki, ciała szklanego i dna oka, znajdujemy to samo, co w prawém oku.

2. Bazyli K., 21-letni, średniéj budowy. Prawe oko: Barwa tęczówki błękitna; linija wężykowata, barwy ciemnoniebieskiéj, dzieli przednią powierzchnię tęczówki na 2 pasy, ku górze pas żreniczny jest szerszy od rzęskowego, ku dołowi zachodzi stosunek odwrotny. W pasie żrenicznym spostrzegamy prążki promieniste, a barwa jego jest ciemniejszą, w pasie rzęskowym barwa jest bledszą, tylko obok brzegu rzęskowego spostrzegamy liczne jakby przydatki, barwy znacznie ciemniejszéj. W żrenicy, powyżéj jéj środka, spostrzegamy blaszkę kształtu nieregularnego czworoboku, od któréj bierze początek 5 włókien, zwracających się następnie w różne strony, mianowicie 2 włókna udaje się ku górze, 2 ku zewnątrz i 1 ku dołowi. To ostatnie nieopodal brzegu żrenicznego staje się szerszém i następnie dzieli na 2 włókna, z których jedno wprost ku dołowi zwrócone, prawie na samym brzegu żrenicznym znów się dwudzielnie dzieli. Zarówno blaszka jak włókna wcale nie są zabarwione, wyglądają jak ścięgna cienkich pęczków mięśniowych, nadto włókna bardzo są cienkie i wcale niezrośnięte ani z torebką soczewki, ani téż z przednią powierzchnią tęczówki, z którą łączą się dopiero w pobliżu samego brzegu rzęskowego, dzieląc się poprzednio zawsze dwudzielnie. Blaszka również nie jest zrośniętą z torebką soczewki, lecz jest jakby zawieszoną na włóknach w komórce przodkowéj. Soczewka, ciało szklane i dno oka zupełnie prawidłowe; w tarczy nerwu wzrokowego spostrzegłem zjawiska właściwe astygmatyzmowi nadmiarowemu, wzrok zresztą w tém oku równał się $^{20}/_{40}$.

Fig. 3.



Lewe oko (fig. 3). Tęczówka wygląda zupełnie jak w prawém oku, wyjątek stanowi tylko jéj dolny i zewnętrzny odcinek, w którego obrębie wcale nie widzimy linii wężykowatéj, a w skutek tego pas rzęskowy i żreniczny tęczówki wcale się w tém miejscu nie różnią. Na torebce soczewkowéj spostrzegamy blaszkę kształtu nieregularnego występującą ku przodowi. Jest ona barwy jasno-brunatnéj, lecz naokoło miejscami spostrzegamy w niéj ciemniejsze pasemka. Ostry dolny kąt blaszki dochodzi prawie do samego brzegu żrenicznego. Początek i kierunek włókien bardzo są powikłane. 4 włókna (jedno poprzeczne w górze i 3 podłużne) położone są jeszcze w obrębie blaszki środkowéj, lecz łączą się z nią tylko w początku i w końcu. Liczbę i kierunek reszty włókien najlepiéj objaśni rysunek (fig. 3). Dodam chyba, że równie jak w prawém oku włókna wcale nie były zabarwione i łączyły się z tkanką tęczówki dopiero w pobliżu samego brzegu rzęskowego, dzieląc się poprzednio dwudzielnie. Jakkolwiek soczewka poza obrębem blaszki zupełnie była przeźroczystą, to przecież z powodu znacznych rozmiarów blaszki dno oka trudno było zbadać dokładniéj. Wzrok = $^{20}/_{200}$.

3. N. S. 20-letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe, tę-

czówka jednostajnéj ciemno-brunatnéj barwy, linija wężykowata dość niewyraźna, położona o 2 mm. od brzegu źrenicznego. Tęczówka lewego oka barwy również ciemno-brunatnéj; linija wężykowata przedniéj powierzchni tęczówki jest wyraźniejszą w dolnéj połowie, przeciwnie ku górze staje się prawie niewidoczną. Na przedniéj blaszce torebki soczewkowéj spostrzegamy blaszkę podługowatą, w środku występującą ku przodowi o 1 mm., długość jéj (w kierunku poziomym) wynosi 2 mm., wysokość około 1,5 mm. Blaszka znajduje się nie w środku przedniéj powierzchni tęczówki, lecz jest raczéj posuniętą ku górze, tak iż przy znaczném zwężeniu źrenicy zajmuje górną jéj połowę. Barwa blaszki jest ciemno-brunatna i nie różni się wyraźnie od barwy tęczówki. Od dolnego brzegu blaszki ku dołowi w kierunku promienistym, udaje się 6 włókien, które doszedłszy do linii wężykowatéj dzielą się, tworząc jakby łapy gęsie, które widoczne są na przedniéj powierzchni rzęskowego pasa tęczówki i dochodzą ledwo nie do samego brzegu rzęskowego. Włókna są również barwy ciemno-brunatnéj, nadto nie przechodzą one swobodnie w komorze przodkowéj, lecz łączy je razem błona barwy również brunatnéj, chociaż znacznie jaśniejszéj. Pomiędzy dwoma najbardziéj ku zewnątrz położonemi włóknami, znajdowały się jeden nad drugim położone dwa niewielkie otwory w błonie, prócz tego na powierzchni błony dostrzegłem 10 drobnych kropek barwy czarno-brunatnéj. Wzrok w tém oku równał się zaledwie $^{4}/_{200}$. W celu więc poprawienia wzroku, a nadto chcąc zbadać budowę przetrwałych resztek, wykonałem ku dołowi sztuczną źrenicę. Przy użyciu szczypczyków Liebreicha udało mi się oderwać luźnie z blaszką połączone włókna i otrzymać je wraz z błoną prawie nieuszkodzoną w połączeniu z wyciętym kawałkiem tęczówki. Po za obrębem blaszki sama torebka jakotéż soczewka były zupełnie przeźroczyste, szerokość sztucznéj źrenicy wynosiła tylko 1,5 mm. W pobliżu brzegu rzęskowego tęczówki, po obu stronach sztucznéj źrenicy, pozostały wspomniane przyczepienia włókien do przedniéj powierzchni tęczówki w postaci gęsich łapek. Wzrok po operacyi podniósł się do $^{20}/_{100}$. Wyciętą część tęczówki razem z błoną i włóknami ułożyłem należycie na korku i przechowałem w celu badania anatomicznego. (Dok. nast.)

II. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał

Dr. Stanisław Smoleński,

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Dodać także winienem, że większa część suchotników w okresie gorączkowym posiada idyjosynkrazyję względem ochładzania skóry, nie znosi wcale zabiegów wodnych. Już dla tego zastósowanie hydroterapii jest u nich bardzo ograniczone. Powtóre, aby podniety termiczne działały pomyślnie, konieczną jest dostateczna odporność ustroju i dość znaczny zasób sił. A właśnie suchotnikom w tym okresie nie dostaje do tyle sił, aby dostateczna po każdém ochłodzeniu występowała reakcyja. Każdym bowiem zabiegiem wodnym odejmujemy ciału pewną ilość ciepła, co w stanie prawidłowym sprawia odruchowo wzrost wyrobu ciepła, wyrównywający z okładem poniesioną utratę, u chorych zaś wycieńczonych, jakimi są suchotnicy tego okresu, reakcyja nie powstaje niekiedy wcale, skutkiem czego chorzy nie ogrzewają się dostatecznie po ochłodzeniu, bo nie wynagradzają powiększonym wyrobem ciepła ilości utraconego; tym sposobem zamiast wzmacniać zabiegi wodne, przeciwnie osłabiają i przyspieszają wycieńczenie. W innych zaś przypadkach u gorączkujących ochładzanie skóry sprawione podniecającemi zabiegami wodnemi wywołuje odruchowo większy wyrób ciepła i to na koszt tkanek ustroju a nie na rachunek powiększonego dowozu pokarmów, bo podupadłe czynności narządów trawienia i przyswajania nie pozwalają obfitszego spożywania pokarmu. W pierwszym i drugim razie podniecające zabiegi wodne nie wzmacniają ustroju, lecz osłabiają go jeszcze więcéj. Nie zmienia rzeczy odwoływanie się Winternitza do tego, że u suchotników w okresie gorączkowym, podniety termiczne zwalniają i wzmacniają czynność serca, przyspieszają i pogłębiają oddechy, podwyższają napięcie naczyń i parcie ościenne; zmiany te rzeczywiście sfigmografem i sfigmomanometrem zazwyczaj wykazać można, ale z tego nie wynika bynajmniéj, jakoby metodyczne używanie tychże podniet miało być korzystném dla suchotników w tym okresie. Podupadłe sprawy przyswajania prowadzą do tego, że podniecanie przestaje być czynnikiem ćwiczącym i miasto krzepić i wzmacniać osłabia i wycieńcza ustrój.

Że zresztą zabiegi podniecające narażają suchotników w tym okresie cierpienia na inne jeszcze niebezpieczeństwo, a mianowicie mogą ułatwić powstawanie krwotoków płucnych, wykażemy poniżéj.

Widocznie też nie zupełnie zadowoliły Winternitza zabiegi podniecające, skoro gorąco zachwala i poleca u suchotników w okresie gorączkowym inny jeszcze zabieg, t. j. opaski krzyżowe. Mylnie podaje Winternitz jakoby one jego były pomysłem, bo już Czerwiński w r. 1876 w swojéj termoterapii opisuje je dokładnie a nawet donosi o wyleczonym niemi przypadku gruźlicy (str. 168). Późniéj dopiero, bo w r. 1881 (*Die Aufgaben der Hydrotherapie in der Lungenphthise*) podał własną teoryję ich działania twierdząc, że regulują ciepłotę i stosunki krążenia w płucach, że wywołują pewne zmiany w życiu komórek, że dostarczają chorym prywatnego klimatu Madery i działają na płuca sposobem oranżeryjnym, że pod niemi rozrzedza się wydzielina oskrzeli, ułatwia wykrztuszanie, powstaje rychłe rozmiękczenie, odgraniczenie i wessanie wypociny gruźliczéj.

Wiadomo, że opaski krzyżowe składają się z 2 kawałów grubego płótna 2 do 2½ metra długich a około 20 centymetrów szerokich; pierwszą z nich zmaczaną w zimnéj wodzie i silnie wyżętą zakłada się bezpośrednio na klatkę piersiową w postaci ósemki, poczém pokrywa się ją drugą suchą oraz przymocowuje za pomocą tasiemek przytwierdzonych do końca opaski zwierzchniéj.

Nowość ta spotkała się rychło z słuszną i ostrą krytyką. Piszący to tegoż samego roku po dwakroć zabierał głos o wartości teoryi Winternitza o działaniu i zastósowaniu opaski piersiowéj w suchotach płucnych (Hydroterapija a suchoty płucne. Przegląd Lekarski, 1881, str. 206 i 222 i Jeszcze o leczeniu suchot płucnych za pomocą hydroterapii. Tamże, str. 288) a następnie użycie zabiegu poddał surowéj krytyce także Gumplowicz (Kilka słów o hydroterapii suchot płucnych. Tamże, 1882, str. 271, 287, 301, 317). Nie brakło w tym kierunku i krytyk autorów niemieckich. Pomimo to Winternitz ponownie w r. 1887 wysławia i frazeologicznemi wywodami tłumaczy pomyślne i niebywałe działanie opasek krzyżowych w su-

chotach płucnych. Za nim znów przed paru laty Driner (1884) donosi, że opaskami piersiowemi reguluje wykrztuszanie, stapia i z ciała wydala serowate twory, ale, jak sam przyznaje, pod grozą krwotoku z ościennych przedartych naczyń.

Jakież jest naprawdę działanie opasek piersiowych? Nic inne jak okładów wygrzewających w ogóle. Po przemijającym skurczu naczyń w obszarze skóry pokrytej powstają skutkiem utraty ciepła po krótkim czasie stosunki przeciwne: naczynia skóry rozszerzają się, więcej do nich dopływa krwi, ciepłota skóry podwyższa się prawie do ciepłoty krwi. Stan ten trwa dopóty, dopóki woda z opaski nie wyparuje i opaska nie wyschnie. Pokrycie opasek warstwą nieprzemakalną, np. ceratką, sprawia, że opaska powolniéj wysycha, ale chłodniej rychléj i znaczniéj, ponieważ jako wilgotna i mniéj powietrza zawierająca jest lepszym przewodnikiem ciepła.

Czy oprócz wymienionych zmian w naczyniach powierzchownych powstają także jakie zmiany w krążeniu głębszych tkanin, jak w opłucny, oskrzelach lub nawet miąższu płucnym, można różnie się domyślać, ale bezpośrednich a więc pewnych w tym względzie doświadczeń nie posiadamy wcale. Postrzeżenia niektórych lekarzy przemawiają za tém, że i moje z niemi się zgadzają, że nieraz pod opaskami piersiowemi łagodzi się i uśmierza ból klujący opłucnowy, że niekiedy kaszel się zmniejsza i odpluwanie staje się lżejszém nieraz i wessanie wypociny opłucnowéj zdawało się pod niemi przyspieszać, ale nigdy nikt nie postrzegał pomyślnego ich wpływu na sprawy gruźlicze w płucach. Można je więc stosować z niejakim pożytkiem w zapaleniach opłucny, w nieżytach oskrzelowych czyto swoistych, czy też towarzyszących zmianom suchotniczym w płucach, pamiętając jednak o tém, że u chorych z bardzo osłabionemi mięśniami oddechowemi utrudniają oddech i nie zawsze bywają znoszone. Nie ma więc żadnéj podstawy przypuszczenie Winternitza, jakoby powstająca pod opaską para wodna przenikała nietylko naskórek ale i głębsze tkaniny a nawet i głębokie narządy miąższowe, w których miałaby przyspieszać rozrzedzenie i wessanie starych i stwardniałych wypocin, ułatwiać rozpuszczenie i wessanie wytworów zapalnych. Jestto dowolna całkiem frazeologija, jeżeli Winternitz przypisuje parze wodnéj szczególny jakiś wpływ na sprawy życiowe i odżywienie komórek, na nerwy oskrzelowe itd., a już fantastycznym co najmniéj domysłem nazwać musimy twierdzenie, że para wodna działa na płuca jak oranżeryja, jak klimat wilgotny, ciepły i jednostajny, wywołując często odczynowe zapalenie, odgraniczenie, rozpad, wydalanie, wessanie i wyleczenie zmian gruźliczych w płucach. Winternitz nie waha się nawet przypisać parze wodnéj możności wywoływania przekrwienia w tworach beznaczyniowych a nawet wytwarzania naczyń.

Ogólnie zatém rzecz biorąc musimy powiedzieć, że w ostrym okresie suchot płucnych (*phthisis florida*) nie możemy używać zabiegów wodnych podniecających dla wzmocnienia ustroju, że zatém zastósowanie hydroterapii ograniczyć się tu musi do uśmierzania poszczególnych tylko przypadów, do czego opaski piersiowe również niekiedy bywają pożyteczne.

4. Jakie stanowisko zająć powinna hydroterapija w obec gorączki suchotniczéj? Czy wskazane jest kiedykolwiek zwalczanie gorączki trawiącéj u suchotników ochładzaniem za pomocą zabiegów wodnych? Sprawa ta nie jest dotychczas stanowczo rozstrzygniętą, ale coraz więcéj wyrabia się przekonanie, że suchotnicy gorączkujący nie znoszą wcale zewnętrznego ochładzania, że więc gorączka trawiąca stanowi wręcz przeciwwskazanie względem zabiegów wodnych dużo ujmujących ciepła. Inni znów, choć mniéj liczni, przemawiają za pożytecznością leczenia przeciwgorączkowego za pomocą zabiegów ochładzających.

Zdaniem naszém prawda leży w pośrodku. Sama gorączka nie przeciwwskazuje jeszcze koniecznie stosowania zabiegów wodnych, skierowanych nie ku fizycznemu ujmowaniu ciepła, lecz ku ożywianiu i wzmacnianiu ustroju, ilekroć pozwala na to dostateczny zasób, siła i względna odporność, jak to często bywa we wczesnym okresie lub przewłocznym przebiegu suchot. W przypadkach takich, w których ciepłota wieczorna mierne tylko okazuje wzniesienia gorączkowe, mianowicie u osób niezbyt wyniszczonych oraz okazujących prawidłową pobudliwość na termiczne drażnienie skóry, metodycznie powtarzane zmywania wodą zimną, nacierania w mokrém prześcieradle wprost po wyjściu z pościeli, jak to wielokrotnie postrzegałem, wzmagają trawienie, ożywiają i krzepią chorych a częstokroć z czasem przyczyniają się do zmniejszenia a nawet zupełnego usunięcia gorączek wieczornych. Gdzie zaś czynność skóry jest bardzo upośledzona, z pożytkiem można stósować kąpiele letnie, 5—15 minut trwające, z następowemi zimnemi omywaniami i polewaniami; postrzegano nieraz, że po pewnym czasie ustają dreszcze, kaszel łagodnieje, nastaje wzmocnienie ogólne (Driner).

W odpowiednich więc przypadkach możemy zabiegami wodnemi, mało ujmującemi ciepła, walczyć pośrednio przeciw stanowi gorączkowemu, t. j. o ile wzmacniamy ustrój i poprawiamy odżywienie i wyrób krwi.

Inaczéj w przypadkach gorączki trawiącéj. Możemy tu zwalczać gorączkę o tyle tylko, o ile możemy opanowywać i uśmierzać sprawę zapalną w płucach, np. za pomocą okładów lodowych na klatkę piersiową, ale o używaniu ogólnych przeciwgorączkowych zabiegów nie może być mowy. Chłodnemi omywaniami możemy i tu odświeżać skórę i łagodzić poty, ale dosadne ochładzanie jest tu wręcz niemożebne, albowiem chorym osłabionym i wyniszczonym, nierozporządzającym dość znaczną siłą odczynową, odejmowaniem większych ilości ciepła tylkobyśmy szkodę wyrządzili. Jeżeli zresztą nie ulega wątpliwości, że w ostatnich czasach w Niemczech przeceniano zgubne znaczenie podwyższonéj ciepłoty w ostrych chorobach gorączkowych, to tém mniéj mamy podstawy do walczenia w tak heroiczny sposób przeciw gorączce suchotniczéj, będącéj następstwem nietylko spraw zapalnych i ogólnego zakażenia krwi, ale i rozpadu miąższu płucnego. Istnienie gorączki trawiącéj uważać należy jako nieodzowne przeciwwskazanie do wszelkich zabiegów wodnych, ujmujących ciału większą ilość ciepła, a takie tylko mogłyby obniżać ciepłotę w tym okresie choroby. Zresztą ilekroć trzeba koniecznie obniżyć wygórowaną ciepłotę, możemy użyć środków farmaceutycznych, jakich wielką ilość posiadamy. Słusznie też puszczono w niepamięć dawniejsze (1881) i ponowne (1887) nawoływania Winternitza, aby gorączkę trawiącą zwalczać u suchotników ochładzaniem zewnętrzném. Dostatecznie przemawia przeciw temu fakt tysiącznemi badaniami stwierdzony, że każde ochłodzenie zewnętrzne, tak w stanie prawidłowym jako i gorączkowym, wywołuje stosunkowy wzrost wyrobu ciepła. Winternitz stara się zachwiać powyższą prawdą, dowodząc, że ilekroć uda się

nam rozszerzyć przez nacieranie naczynia powierzchowne podczas ochładzania, zapobiedz możemy zwiększaniu wyrobu ciepła. Zdaniem jego, dawna teoryja Traubego, główną przyczyną gorączek jest utrudniony odpływ ciepła przez skórę, któremuto domniemanemu zatrzymaniu ciepła u suchotników chce zapobiedz przez rozszerzenie naczyń skórnych. Wystarczają mu do tego samo suche wycieranie skóry, zimne omywania, silne wycierania zimną wodą, w tym też celu używa wilgotnych otuleń z następowém wycieraniem wodą zimną a nawet zimnym natryskiem, trwającym 1 do $1\frac{1}{2}$ minuty (!), któremu przypisuje działanie przeciwgorączkowe, wzmacniające i przeistaczające w okresie gorączki trawiącéj u suchotników.

5. Czy zastósowanie hydroterapii u suchotników grozi powstawaniem krwotoków płucnych? Zależy to głównie od okresu choroby i jakości zmian anatomicznych w płucach.

U osób usposobionych dopiero do suchot, tudzież w przypadkach nieżytu szczytów płucnych, nie potrzebujemy się obawiać, aby zabiegi podniecające miały sprzyjać powstawaniu krwioplucia lub je wywoływać. Każdy bowiem zabieg podniecający wzmacniając czynność serca podwyższa zarazem napięcie naczyń tętniczych w płucach, ale wywołując równocześnie głębokie oddechy, ułatwia odpływ krwi żylnéj do prawego przedsionka i obniża parcie krwi w żyłach płucnych. W przypadkach suchot przewlekłych bez zmian rozpadowych w płucach częste krwioplucie polega najczęściéj na przekrwieniu zastoinowém w pewnych obszarach naczyń płucnych; i tu zatém, wzmacniając podnietami ruchy serca i wywołując głębokie oddechy, ożywiamy prąd krwi w tętnicach, wyrównywamy przez pogłębienie oddechów stosunki krążenia a nawet z czasem przyczyniamy się do lepszego odżywienia miąższu płucnego i naczyń w nim przebiegających. U wielu znów usposobienie do krwioplucia zależy od istniejących już zmian chorobowych w utkaniu ścian naczyniowych. Wiadomo z badań Rindfleischa, że bujanie komórek gruźliczych w błonie dodatkowéj, a może i mięśniowéj, tętniczek prowadzi łatwo do zwężenia a nawet zupełnego zatkania ich światła, a ilekroć zmiany te przejdą i na warstwę środkową i błonę wewnętrzną, ściany naczyń stają się kruchemi i łatwo pękają. Krwioplucie nastaje tu najłatwiéj, ilekroć parcie w układzie żylnym jest podwyższone i utrudniony odpływ krwi żylnéj. I tu więc ożywianie i przyspieszenie prądu krwi w płucach oraz pogłębianie oddechów nietylko nie jest szkodliwém, ale wprost wskazaném. Wiadomo, że zawady w krążeniu powstałe skutkiem zatkania tętniczki płucnéj, będącéj naczynkiem końcowém, nie mogą być wyrównane przez zmiany oboczne w krążeniu; w takich przypadkach należy unikać wzmożonego napływu krwi do płuc, ponieważ tenże podwyższając napięcie ścianek poniżéj miejsca zatkanego położonych a już chorobowo zmienionych, łatwo pęknięcie ich i krwotok płucny sprowadzić może. W tych razach pomyślnie działać może wywoływanie głębokich oddechów oraz bodźce zewnętrzne odwodzące krew do skóry klatki piersiowéj.

Jednem słowém we wczesnych okresach suchot płucnych i postaciach przewlekłych stosowanie zabiegów wodnych podniecających nietylko nie zagraża krwiopluciem, ale nawet zapobiegać mu może; w okresie tym nawet w przypadkach, w których istniały dawniéj krwotoki płucne, można bez obawy używać zabiegów wodnych.

Inaczéj ma się rzecz w późniejszych okresach suchot płucnych. Tu krwotoki powstają albo z małych tętniaczków torebkowatych, pękających skutkiem podwyższonego nagle parcia krwi w tętnicach, albo przerywają się naczynia przylegające do jam suchotniczych, o ścianach rozmiękłych i nadżartych, szczególnie skutkiem nadmiernego ich rozszerzenia podczas głębokiego wdechu, jakotéż nagłego napływu krwi do nich. W takich zatém razach unikać należy silniejszych podniet termicznych, któreby czyto nagły a silny napływ krwi do płuc, czy też głębokie oddechy wywoływać mogły.

Czy i jakich zabiegów wodnych możemy z pożytkiem używać do tamowania krwotoku płucnego?

Ze względu na różne przyczyny powstawania krwawienia, czy mianowicie jest ono następstwem zbyt wygórowanego parcia krwi w tętnicach płucnych, krwotok tętniczy, czy też skutkiem przekrwienia zastoinowego, krwotok żylny, polecają niektórzy różne sposoby ich tamowania. W pierwszym przypadku poleca Winternitz miejscowe oziębianie i działanie odwodzące na skórę, w drugim radzi wywoływać głębokie wdechy, wzmocnić i zwolnić czynność serca za pomocą przelotnych natrysków kroplistych, krótkich wycierań w zimném prześcieradle oraz okładów wygrzewających klatkę piersiową.

Pomijając stronę teoretyczną takiego schematu zapytać się godzi, czy możebne jest w każdym przypadku odróżnienie za życia krwotoku czynnego od biernego, tętniczego od żylnego? Wedle Winternitza w pierwszym razie krwotok ma być obfity, krew tętnicza, parcie krwi wysokie, prąd krwi przyspieszony, w drugim zaś krwotok ma być skąpszy, krew więcéj żylna, stłumienie wypukowe serca rozszerzone, drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony, parcie krwi bardzo niskie, tętnice wąskie, tętno nie zbyt przyspieszone itd. Właściwie jednak cechy te są teoretycznie wyrozumowane, których w celach leczniczych nigdy prawie spożytkować nie można. A że stosowanie zabiegów podniecających musi być częściéj szkodliwém niż pożyteczném, pewniéj i bezpieczniéj jest trzymać się dawnego i wypróbowanego wiekowém doświadczeniem zwyczaju, t. j. starać się o możebny spokój w czasie krwotoku. Jak najspokojniejsze ruchy oddechowe stanowią najkorzystniejsze warunki podczas krwotoku, dla tego też od dawna podajemy środki uspokajające, aby powstrzymać krwawienie. Również połykanie kawałków lodu okazuje się pożyteczném, jako uśmierzające poniekąd czynność serca.

Zazwyczaj używamy w krwotokach płucnych okładów lodowych na klatkę piersiową. Czy są one zawsze pożyteczne? W przypadkach czynnego krwotoku są one bezsprzecznie wskazane, bo przez bezpośrednie oziębianie zmniejszają dopływ krwi do schorzałéj części płuca; przeciwnie w krwotokach żylnych prawdopodobnie słuszną jest przestroga Kaczorowskiego, że oziębianie jeszcze bardziéj utrudnia odpływ krwi i może wywołać raczéj pogorszenie niż poprawę.

Dodajmy jeszcze, że rozlewne poty suchotnicze łagodzić i usuwać można zimnemi zmywaniami ciała, albo też wedle Dettweilera suchemi wycieraniami. Biegunki częstokroć ustają pod wpływem zimnych okładów na brzuch, opasek wygrzewających itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ebstein: **O nowéj chorobie zakaźnéj: dur powrotny chroniczny.**

Pod tym tytułem opisał prof. E. chorobę, jaką miał sposobność obserwować w swojéj klinice w Getyndze u chorego 19-letniego mechanika, u którego z anamnezy nic nie można było się dowiedzieć ważniejszego, coby z obecną chorobą (chory jeszcze w obserwacyi) w związku pozostawać mogło. Jako dziecko miał przebyć dyfteryję jelita grubego, a w 8mym i po raz wtóry w 12tym roku życia dyfteryję gardła.

Obecna choroba datuje się od lata 1886, objawiała się wówczas wielkiém zmęczeniem, bólami głowy i brzucha, szczególnie w okolicy prawéj, które jużto znikały, jużto wracały i brakiem apetytu. Gorączkę zaczęto mierzyć już we wrześniu 1886, a pierwszy raz widział chorego prof. E. w listopadzie tego samego roku, odkąd temperaturę jak najdokładniéj i najpunktualniéj w świecie mierzono. Z krzywizny temperatury wynika, że chory ten cierpi na napady gorączki, które pewien czas trwają, i że nastaje po każdym napadzie stan bezgorączkowy, tak iż w regularnych odstępach czasu gorączki i bezgorączkowy stan naprzemian występują, a mianowicie w sposób taki, jakiego dotychczas w żadnéj chorobie nie obserwowano. Od 13 listopada do 11 lipca, a więc w 211 dniach, miał chory 9 takich napadów; od 13 dni chory leży już na napad 10ty, poprzedzał go 13 dni trwający stan bezgorączkowy, a z tych przez 10 dni była temperatura subnormalną, tak jak i podczas dawniejszych stanów bezgorączkowych, wahała zwykle między 35·6° a 36° C. Napady gorączki trwały średnio 13 do 14 dni, a bezgorączkowe pauzy 10 do 11 dni. Od najwyższego szczytu gorączki jednego napadu do takiegoż samego w drugim napadzie mijało średnio 24 dni. Jeżeli w ostatnich dniach każdego stanu bezgorączkowego temperatura stawała się podgorączkową można się już było spodziewać nowego napadu. Gorączka już wtedy podnosiła się tak jak się podnosi w pierwszym tygodniu duru, doszła do szczytu, który zwykle wynosił 40° C. a niekiedy i 41° C. i odtąd tak samo jak rosła opadała aż do subnormalnéj; nigdy eksacerbacyi nie było. Stan ten trwa już więc rok blisko, jak napady się powtarzają. Sensorium podczas napadów bywa wolne; bóle głowy występują niekiedy zarówno podczas stanu gorączkowego jak i bezgorączkowego. Czynność serca podczas napadów bywała niekiedy tak osłabioną, że się wyniku niepomyślnego obawiano, a tętno dochodziło do 136—140, nawet w stanie bezgorączkowym wahało między 88 a 100 w minucie. Mikroskopowe badanie krwi nie wykazało nic anormalnego, a badanie na mikroorganizmy zawsze dawało wynik ujemny. Prątków gruźliczych w plwocinach ani razu nie wykazano. Apetyt niedobry podczas napadu, podczas pauzy poprawiał się i to znacznie. W stolcach zwykle normalnych, parę razy zaledwie podczas napadów rzadkich, prątków tyfusowych nie otrzymano. Wątroba nie była nigdy powiększona, za to śledziona podczas napadów zawsze powiększona, obrzmiała, niekiedy bolesna przy ucisku; nawet w stanie bezgorączkowym nie była normalnéj wielkości. Obrzmienia gruczołów limfatycznych blisko powierzchni ciała położonych nigdy nie znaleziono. Wysypki na skórze ani razu nie stwierdzono. W moczu nigdy nic anormalnego nie wykryto, a dokładne rozbiory ilościowe wykazały w stanie bezgorączkowym ilość mocznika zmniejszoną, ilość zaś soli kuchennéj zwiększoną. Ciężar ciała wahał między 49·25 a 56·25 klg. po każdym napadzie stwierdzano ubytek na wadze ciała o parę funtów. Napady żadnemi lekami nie dały się ani przerwać, ani skrócić (chory brał podskórnie chininu 0·25 na raz lub 0·0015 arszeniku w postaci *sol. Fowleri*), zdawało się jednak, że z czasem w skutek leczenia chory po napadach prędzéj do siebie przychodził, niżli wtedy, kiedy leku nie brał. Podczas wysokiéj gorączki (41° C.) podawano antyfebryn z niezłym skutkiem, niekiedy jednak po 0·50 antyfebrynu występowały dreszcze; w razach osłabienia czynności serca podawano koniak, wino i tp. Ponieważ ani razu nie wykazano stanów jakichś zapalnych wewnętrznych organów, ponieważ nigdy nie można było wykazać wpływu jakiegoś zewnętrznego, któryby chorobę wywoływał, dla tego oświadcza się prof. E. za naturą choroby zakaźną.

Przypadek ten nie jest unikatem w swoim rodzaju, gdyż podobny przypadek opisał już przed 2½ rokiem Dr. Pel z Amsterdamu, tamten chory już po czwartym napadzie umarł, a nekroskopija wykazała hyperplazyję śledziony, gruczołów limfatycznych zaotrzewnowych, krézkowych i oskrzelowych. Wyczuwalne gruczoły limfatyczne nie były i w tym przypadku powiększone. Pel widział się na podstawie tego uprawnionym do zrobienia rozpoznania anatomicznego pseudoleukemija i wtedy już wyraził zdanie, że cierpienie musi być natury zakaźnéj. Prof. E. nie zgadza się jednak z tém, żeby w obu tych przypadkach o jakiéjś pseudoleukemii myśléć i sądzi, że cierpienie przecież jest natury pasorzytniczéj odpowiadającéj swoim przebiegiem najwięcéj jeszcze durowi powrotnemu charakteru „chronicznego“ i dla tego tak je mianuje. (*Berliner klin. Woch.* 1887, Nr. 30).

H. K.

Chirurgija.

Gal: **Otwarcie ropnia mózgowego.**

Następujący ciekawy przypadek zasługuje na uwagę szerszych kół lekarskich: Cygana około 40 lat liczącego przyjęto 1 maja b. r. do szpitala z następującém obrażeniem: Na lewéj kości ciemieniowéj znajduje się rana cięta 5 ctm. długa, 1½ cm. szeroka, mięśnie i kości w zupełności przenikająca; brzegi zawinięte, okolica w obrębie 8miu cm. nabrzmiała, zaschniętą krwią pokryta. Zraniony, człowiek miernie odżywiony, nie okazuje zresztą przy przyjęciu żadnych zboczeń ciężkiemu uszkodzeniu odpowiadających. Ranę zanieczyszczoną dokładnie oczyszczono i przeciwgnilnie opatrzono. Przez 6 dni chory dobrze się ma, w 7mym dniu występuje porażenie prawéj połowy ciała i prawéj połowy twarzy. Chory często wymiotuje, jest niespokojny, mówi bez związku. Ukłócia igłą po stronie porażonéj nie czuje, w twarzy maluje się osłupienie; na pytania tylko niedokładnie odpowiada. Złamanie z wgnieceniem kości w żaden sposób nie skłoniłoby do zabiegu, ponieważ takie przypadki samodzielnie wyleczyć się mogą. Ale wobec okropnego położenia chorego, coraz więcéj wzmagającego się porażenia, śpiączki lekarze ordynujący musieli zgodnie przypuszczać urazowy ropień mózgowy i jako przyczynę tegoż odszczep kostny. Objawy spostrzegane pozwalały na pewne przewidzieć, że taki stan sobie pozostawiony, źle skończyć się musi i wzywały do szybkiego i energicznego działania. Skórę głowy na krzyż przecięto, odskalpowano ją w obszarze 6 cm., poczém pojawiło się silne wgniecenie kości, pod którém domniemany ropień miał się znajdować. Po wydłutowaniu wgniecionego kawałka kości spostrzeżono oponę twardą mózgu wypukla-

jącą się okrągło nad ropniem. Przy ostrożnem usuwaniu téjże widać było ropę sączącą się z małego otworu opony miękkiéj. Z ostrożnie rozszerzonego otworu wylało się około 20 grm. zielonéj, gęstéj, niecuchnącéj ropy, poczém oddalono odszczepy kostne, wyrównano brzegi i po cześciowém zamknięciu części miękkich i wprowadzeniu paska silku do jamy ropnia, założono opatrunek. Chory po opatrzeniu przedstawił się jakby zmieniony. Mimo działającéj jeszcze narkozy znikł z twarzy wyraz osłupienia, oczy dopieroco jakby szklane, spoglądały prawidłowo, porażenie ustąpiło, czucie wróciło, mowa i umysłowe zachowanie się chorego prawidłowe. Opatrunek codziennie zmieniano, rana wypełniła się ziarniną, a po 3 tygodniach chory wyleczony opuścił szpital. Ten przypadek jest bardzo pouczający o tyle, że wykazuje, jak ważném, a nawet życie czasem ratującém, jest wczesne i energiczne wykonywanie takiéj operacyi. (*Internationale klinische Rundschau* 1887, Nr. 32). *Dr. R. Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VII z dnia 13 lipca 1887.

Przewodniczący kol. Korczyński. Członków obecnych 7.

1. Przewodniczący zawiadamia: *a)* że waselina nadesłana przez p. Romana Jakubowskiego, aptekarza w Sączu, została oddana do ocenienia Drowi Wachtlowi; *b)* że p. Czyński w Jarosławiu obiecał przysłać do oceny przetwory glutenowe własnego wyrobu; *c)* że p. Żeleński z Grodkowic nadesłał świadectwo Dra Walentowicza z d. 5 czerwca o zupełnie dobrym stanie zdrowia obory w Grodkowicach; *d)* że Komisyja fizyjograficzna Akademii Umiejętności, uwzględniając słuszność uwag zawartych w piśmie Komisyi przemysłowéj z d. 16 grudnia 1886 r., według zawiadomienia z d. 7 lipca 1887 r., przeznaczyła 150 złr. na badanie składu chemicznego zdrojów mineralnych dzikich, dotychczas chemicznie niebadanych, które wytryskują w podgórzu karpackiém; *e)* że c. k. Ministerstwo wojny, reskryptem z d. 30 czerwca b. r., dało odpowiedź odmowną na podanie Komitetu Wystawy krajowéj o wzięcie udziału w Wystawie w zakresie leczenia, opatrywania i przewożenia chorych i rannych żołnierzy, a jako powody téj odmownéj odpowiedzi podało: „że dotąd nigdy jeszcze nie brało udziału w takich wystawach, przeznaczonych dla szczupłych kół, mając to przekonanie, że przedmioty, któreby Ministerstwo mogło nadesłać w zakresie programu wystawy, nie miałyby większego znaczenia i nie przedstawiały większego interesu, wreszcie że przy częstszych urządzeniach podobnych wystaw w rozmaitych krajach koronnych Ministerstwo, mimo najlepszych chęci, już dla samych kosztów nie mogłoby zadość uczynić licznym wezwaniom".

2. Przyjęto do wiadomości i uchwalono zachować w aktach dokładne opisanie sposobu, w jaki p. Solkowski przyrządza bulijon, a p. Czyński piacuszki Grahama, któreto przetwory zostały polecone przez Tow. Lek. krak.

3. Prof. Obaliński zdaje sprawę z kontroli, jaką wykonywa nad fabryką opatrunków chirurgicznyoh p. Dobrowolskiego i nadmienia, że cała fabrykacyja odbywa się ciągle jak najstaranniéj i jak najsumienniéj; dla tego przetwory te zasługują na ogólne poparcie i rozpowszechnienie.

4. Przewodniczący donosi, że czynił w swéj klinice doświadczenia z papierkami synapizmowemi wyrobu p. Lebensztejna w Zwierzyńcu pod Krakowem i znalazł, że są one daleko mocniejsze od powszechnie używanych papierków synapizmowych Rigollota. Skoro nadto cena ich jest niższą od papierków Rigollota nie można wątpić, że Tow. Lek. krak. wyrób ten uzna za odpowiedni i do używania poleci.

5. W sprawie wystawy krajowéj uchwalono przypomnieć ponownie niektórym fabrykantom potrzebę rychłego nadesłania deklaracyj, a co do przetworów zdrojowych uchwalono zgłosić niektóre okazy, które znajdują się w Muzeum Przemysłowém miejskiém i w Muzeum Komisyi balneologicznéj Tow. Lek. krak.

Za sekretarza *Dr. J. Surzycki.*

V. Listy z Paryża.

IV.

Charakterystyczną cechą ruchu naukowego lekarzy francuskich jest ciągłe zwracanie głównego prądu pracy do celów praktycznéj medycyny, a przedewszystkiém do najważniejszego jej zadania, t. j. do terapii. Kierunek ten stoi w widocznym kontraście do prądu, jaki w ogóle w Niemczech panuje, a mianowicie do owego skeptycyzmu w zakresie terapii. Przyczyną takich stosunków we Francyi jest po części ta korzystna okoliczność, że wielu lekarzy i profesorów, piastujących katedry teoretyczne, pracuje równocześnie (jako lekarze szpitalni) w kierunku praktycznéj medycyny i na odwrót, profesorowie klinik uprawiają zarazem kierunek teoretyczny z całym zapałem. Na poparcie tego zdania wystarczy przytoczyć nazwiska: Charcota, Cornila, Vulpiana, Brown-Séquarda, Séego i t. d. Dzięki temu harmonijnemu zespalaniu wiadomości teoretycznych i praktycznych terapija zostaje wzbogacaną prawie bezprzestannie nowemi sposobami leczenia.

Jedną z najważniejszych zdobyczy na tém polu jest leczenie suchot płucnych za pomocą lawatyw gazowych (*lavements gazeux*). Pobudkę do téj metody leczenia stanowiło spostrzeżenie Klaudyjusza Bernarda, że gaz, np. siarkowodowy, który wprowadzono do kiszki stolcowéj, zostaje szybko wydzielonym przez płuca i że wielkie nawet ilości gazu, którychby zwierzęta nie mogły wdychiwać bez niebezpieczeństwa życia, można było bez szkody doprowadzić do płuc drogą lawatyw. Z téj zasady wychodząc zastosował Bergeon lawatywy z wody siarczanéj w przypadkach chorób płucnych. Aby gaz siarkowodowy mógł być doprowadzonym do wszystkich zakątków i zatok błony śluzowéj narządu oddechowego, pomieszał Bergeon gaz ten z gazem kwasu węglowego. Mieszanina tych gazów ma zarazem tę dobrą stronę, że nie drażni błony śluzowéj jelit i że ustrój może ją znosić dobrze. Do lawatywy używał B. 250—500 grm. mineralnéj wody siarczanéj pomięszanéj z 4—5 litrami kwasu węglowego. Stosując tego rodzaju lawatywy 2 razy dziennie u chorych, dotkniętych suchotami płucnemi różnego nasilenia uważał B. już po kilku dniach znaczne polepszenie stanu chorych, a mianowicie, że kaszel zmniejszył się lub w zupełności ustąpił, odkrztuszanie było łatwiejsze i obfitsze, gorączka ustąpiła, poty nocne znikły, a siły chorych znacznie się wzmogły. To korzystne działanie lawatyw stwierdzoném zostało nie tylko w lekkich, ale nawet i w ciężkich przypadkach suchot płucnych. Pod wpływem tego leczenia ustępowały także stopniowo objawy fizyczne, t. j. rzężenia wilgotne w szczytach i stłumienie, a co najważniejsza znikały również laseczniki gruźlicze Kocha w plwocinach.

Prof. Cornil zastosował metodę tę leczenia także w innych chorobach narządu oddechowego, a przedewszystkiém w dusznicy i nieżycie oskrzelowym. Wynik leczenia był w tych przypadkach zadziwiający. Nie mniéj w suchotach płuc metoda ta okazała się istotnie świetną, podania bowiem Bergeona potwierdziły się. Do lawatyw radzi Cornil używać kwasu węglowego jak najczystszego, aby uniknąć drażnienia błony śluzowej jelit. Lawatywy należy stosować 3 godziny przed jedzeniem lub w tymże czasie po jedzeniu, a gaz

powinien się mieścić w zbiorniku wolném od powietrza atmosferycznego.

Bardzo interesującém jest wynik doświadczeń dokonanych w tym kierunku na królikach. U królików, którym poprzednio zaszczepiono gruźlicę, zastosowano lawatywy z gazu siarkowodowego i kwasu węglowego. Zwierzęta w różnych okresach leczenia zabite przedstawiały stopniowe polepszenie się stanu płuc. W przypadkach gruźlicy ogólnéj mogły się króliki znacznie dłużéj utrzymać przy życiu, niż króliki, którym lawatyw nie dawano.

Fileau i Léon Petit starają się inną drogą dojść do wyleczenia suchot płucnych. Autorowie ci wychodząc z zapatrywania, że suchoty są wynikiem zawojowania komórek przez laseczniki gruźlicze, dążą do posiłkowania walczących komórek środkami, któreby były w stanie uczynić komórki więcéj opornemi przeciw prątkom. Na poparcie swego zapatrywania przytaczają, że u ludzi, u których komórki są dostatecznie oporne i silne, nie rozwija się gruzlica mimo wdychiwań powietrza zakażonego prątkami gruźliczemi. W tych przypadkach bowiem widocznie komórki odnoszą zwycięstwo nad prątkami. Wytępienia prątków gruźliczych dokonać mogą tylko, zdaniem autorów, komórki same. Z tego względu należy przedewszystkiém wzmocnić komórki nie tylko środkami wzmacniającemi (*tonica*) posilnemi potrawami, świeżém powietrzem, lecz także doprowadzeniem do ustroju środków antiseptycznych. W tym ostatnim celu zalecają wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego, tymolu, jodu, chloroformu i siarki, w różnych połączeniach i w różnych stopniach zgęszczenia. Pod wpływem tego rodzaju wstrzykiwań podskórnych, przedsiębranych jużto codziennie, jużtéż co 2 dni, ma się stopniowo zmniejszać ilość prątków gruźliczych w plwocinach i stan chorych ma się znacznie polepszać.

Mówiąc o gruźlicy, nie mogę pominąć uwagi, że niektórzy badacze francuscy rozróżniają pod względem etyjologicznym dwie formy gruźlicy, a mianowicie jednę wywołaną przez prątki gruźlicze Kocha i drugą formę, rzadką wprawdzie, któréj przyczyną są małe kokki, połączone ze sobą istotą lepką, kleistą. Przeszczepienie kawałków płuc, dotkniętych ową drugą formą gruźlicy wywoływało u zwierząt chorobę zupełnie podobną pod względem przebiegu do gruźlicy zwykléj, jakkolwiek najskrupulatniejsze badanie mikroskopowe wytworzonych gruzełków nie wykazało obecności laseczników Kocha. Natomiast napotkano w gruzełkach wspomniane mikrokokki otoczone istotą kleistą. Tę formę gruźlicy nazwano *tuberculose zoogléique*. Chantemesse, asystent bakteryjologicznego zakładu prof. Cornila, napotkał mikrokokki tego samego rodzaju w gruzełkach świnek morskich, którym zaszczepiono małe kawałki waty w następujący sposób przygotowane. Przez watę dobrze sterylizowaną, przepuszczono znaczną ilość powietrza, pochodzącego ze sali, w któréj wielu suchotników razem leżało.

W końcu chcę jeszcze w krótkości wspomnieć o Pasteurze. Wiadomo, że był czas, w którym powaga Pasteura silnie zachwianą została, do czego głównie przyczynił się Peter, najzawziętszy przeciwnik szczepienia wścieklizny. Aby dać przykład, jak natarczywie walczyli przeciwnicy Pasteura, przytoczę fakt, że na bulwarach i główniejszych ulicach Paryża rozdawano między publiczność artykuły potępiające Pasteura i jego szkołę i nazywające Pasteura szarlatanem, a jego szkołę bandą rozbójników i wyzyskiwaczy grosza publicznego. Jako najpotężniejsze dowody przeciw Pasteurowi figurowały nazwiska wszystkich tych osób, które mimo szczepienia umarły na wściekliznę; artykuły zaś kończyły się zwykle nawoływaniem publiczności, aby już dłużéj nie pozwoliła się bałamucić téj szajce zbójeckiéj! Dopiero pojawienie się orzeczenia komisyi angielskiéj, wybranéj przez rząd celem ocenienia metody Pasteura, a następnie liczne dyskusyje na posiedzeniach paryskiéj Akademii Umiejętności oddały Pasteurowi zasłużoną palmę zwycięstwa. Doświadczenia i badania komisyi angielskiéj potwierdziły w zupełności słuszność postępowania Pasteura. Komisyja stwierdziła bowiem, że jad wścieklizny tkwi w rdzeniu pacierzowym, że jad ten przez szczepienie może być na inne zwierzęta przeniesionym, że przez stopniowe przeszczepianie na króliki zyskuje większą siłę, że przez systematyczne podskórne wstrzykiwania zawiesiny z rdzenia pacierzowego królików zdechłych skutkiem wścieklizny można dokonać ochronnego szczepienia od wścieklizny i t. d. Nadto przedsięwzięła komisyja szereg doświadczeń w celu rozstrzygnięcia pytania, czy niektóre środki lekarskie mogą zabezpieczyć zwierzę od wścieklizny. Wynik tych doświadczeń wypadł ujemnie. Żaden z leków do doświadczeń użytych nie był w stanie ochronić zwierzęcia od wścieklizny, ani téż nie miał wpływu na rozwój téj choroby. Do doświadczeń używano kurary, strychniny, atropiny, sublimatu, chloralu, kokainu, uretanu, chininu, alkoholu alylowego [1]), jodu, salolu i bedźwinianu sodowego. W Akademii Umiejętności wystąpił głównie przeciw Peterowi Brouardel (profesor medycyny sądowéj i tegoroczny dziekan Wydziału lekarskiego), wykazując najściśléjszą statystyką, że Pasteur metodą swą ocalił co najmniéj 100 osobom życie, a Charcot przywiódł na pamięć słowa zmarłego Vulpiana uwydatniające, że metoda ochronnego szczepienia wścieklizny podana przez Pasteura jest jedném z najpiękniejszych odkryć, jakie w ogóle pod względem naukowym i leczniczym kiedykolwiek zrobiono. *Dr. Prus.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Virchow: **O przenoszeniu dyfteryi drobiu na człowieka.**

W orzeczeniu Deputacyi Umiejętnéj, na żądanie rządu prowincyjonalnego w Wrocławiu wydaném V. wyraża się w téj sprawie jak następuje:

Kwestyja tożsamości rozmaitych spraw chorobowych dyfterytycznych nie jest jeszcze rozstrzygniętą nawet co do człowieka. Nawet dyfteryja gardlana występuje w tak różnorodnych stosunkach, że nie jest wcale rzeczą pewną, czy zawsze idzie o jednę i tę samą chorobę. Istnieje prosta dyfteryja gardlana, dyfteryja w znaczeniu ściślejszém, która nierzadko przechodzi na krtań i wywołuje objawy krupu. Ale istnieje także ciężka dyfteryja gardlana w płonicy, w ospie, w flegmonie złośliwéj, któréj związku z chorobami przerzeczonemi zaprzeczyć nie można. W jelicie grubém znajdujemy często dyfteryję w czerwonce i w cholerze, a jednak nie może być mowy o identyczności czerwonki i cholery lub o powstaniu dyfteryi gardlanéj z dyfteryi jelitowéj. O wiele wątpliwszym jest stosunek dyfteryi zwierząt do dyfteryi człowieka. U zwierząt pojawia się choroba ta nietylko u ptaków,

[1]) Z alkoholem alylowym robiłem w tym samym celu doświadczenia przed trzema laty w Zakładzie patologii doświadczalnéj prof. Adamkiewicza. Wkrótce jednak spostrzegłszy, że środek ten nie ma żadnego wpływu na rozwój wścieklizny, zaniechałem dalszéj pracy.

ale i ssących, np. u cieląt, ale dotychczas nie mamy dowodu, czy zawsze idzie o jednę i tę samą chorobę; dotąd nie udało się też hodować pewnego mikroorganizmu jako nośnika stałego choroby.

Mimo to nie ulega wątpliwości, że dyfteryja jest zaraźliwą. Według doświadczenia każdy rodzaj dyfteryi wywołuje pewne cechujące ją zmiany. Epidemija dyfteryi gardlanéj u człowieka nie pociąga za sobą szczególniejszego niebezpieczeństwa dla drobiu i na odwrót największe epizoocyje u ptaków nie pociągają za sobą epidemij u człowieka. Również w obec panującéj dyfteryi w znaczeniu ściślejszém u człowieka nie ma niebezpieczeństwa, aby wybuchła czerwonka dyfterytyczna, i na odwrót panująca epidemija czerwonki nie nasuwa obawy pojawienia się dyfteryi gardlanéj. Za przenoszeniem się dyfteryi ze zwierzęcia na człowieka przemawia tylko jedno spostrzeżenie prof. Gerhardta. Podczas wielkiéj i silnéj dyfteryi u kurcząt w W. Ks. Badeńskiém człowiek ukąszony przez chorego koguta zapadł na dyfteryję przyranną na grzbiecie stopy; nadto kilku robotników zapadło na dyfteryję gardła, jak niemniéj troje dzieci jednego z tych robotników. Powstanie atoli zakażenia rany skutkiem bezpośredniego wprowadzenia istot zaraźliwych nie rozstrzyga kwestyi co do zaraźliwości choroby, jak tego dowodzi historyja szczepienia kiły u zwierząt. Inaczéj się ma rzecz z dyfteryją gardła robotników i owych dzieci, zwłaszcza, że w owéj miejscowości innych przypadków dyfteryi nie było; tu w rzeczy saméj nastąpić musiało zwykłe zarażenie. Do zarządzenia jednak środków policyjno-lekarskich potrzebaby dokładniejszych obserwacyj, zwłaszcza że prof. Gerhardt obserwacyi owéj nie czynił sam. Badania, wykonane w Ces. Urzędzie zdrowia, wykazały, że dyfteryja drobiu przenosić się daje na inne zwierzęta, ale wykazały one zarazem, że dyfteryja ta różni się od dyfteryi zaraźliwéj człowieka. Dla tego na teraz tyle tylko jest pewném, że w pewnych, b a r d z o r z a d k i c h, przypadkach, przez przenoszenie istot szkodliwych z ptaków dyfterytycznych zdrowie człowieka narażone być może na szwank; natomiast doświadczenie nie potwierdza zdania, jakoby dyfteryja epidemiczna u człowieka odnosić się dała do epizoocyi dyfterytycznéj u ptaków.

Opierając się na pracy Dra Emmericha, według którego dyfteryja gołębi jest identyczną z dyfteryją ludzką, stowarzyszenie hodujących drób w Ślązku żądało wydania przepisów sanitarnych dla osób, zajętych rzezią i przyrządzaniem zwierząt chorych na krup i dyfteryję; ponieważ jednak podania Dra Emmericha jeszcze nie zostały powszechnie przyjęte i uznane, wydanie odnośnych przepisów byłoby zawczesne i niepotrzebne, a dla gospodarstwa uciążliwe. Natomiast dostateczném będzie pouczanie oględaczy mięsa i zakaz sprzedaży mięsa zwierząt dyfterytycznych i to nietylko ptaków ale i cieląt. (*Viertelj. f. ger. Med.*, T. 47, z. 1, 1887). *L. B.*

E. Esmarch: **Grzybki na ścianach mieszkań i ich odwietrzanie.**

Izby zajęte przez osoby dotknięte chorobami zakaźnemi, głównie zaś sale operacyjne, starano się w rozmaity sposób odwietrzać. W ostatnich czasach zalecano w tym celu rozpylanie rozczynu sublimatu w zgęszczeniu 1 na 1000, jakotéż 5% rozczyn kwasu karbolowego. Gdy atoli odwietrzanie ścian: 1) nie powinno szkodzić przedewszystkiém barwie ścian; 2) nie powinno narażać na jakąkolwiek szkodliwość dla zdrowia tak osoby zajęte odwietrzaniem jak i mieszkańców izb odwietrzanych; 3) ma być łatwém do wykonania; wreszcie 4) ma być jak najtańszém, przeto Esmarch badał, o ile ściany rzeczonemi środkami odwietrzane pozbawić się dadzą wszelkich grzybków. Przytém doszedł do przekonania, że dopiero po dwukrotném odwietrzaniu dochodzi się do tego celu a zarazem, że ścieranie ścian dla zbierania grzybków na nich osadzonych jest w stanie usuwać je zupełnie. Próbował przeto ściany wycierać chlebem. Po dwukrotném wycieraniu ściany pomieszkań, a po trzechkrotném nawet ściany stajen były pozbawione wszelkich nawet zarodników grzybkowych. Z tego powodu można uważać odwietrzanie ścian przez wycieranie ich chlebem za najtańsze, najbezpieczniejsze i najłatwiejsze do wykonania. Atoli chleb używany do wycierania należy spalić. (*Zeitschrift f. Hygiene*, II tom, 3 zeszyt). *Dr. Buszek.*

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Przedmioty odnoszące się do wodociągów nie były zbyt licznie reprezentowane, parę firm wystawiło filtry, mające między innemi zaletami posiadać także i tę, że się łatwo oczyszczać dadzą, ocenienie z natury rzeczy należeć musi do *jury*. Okazy rur wodociągowych i przyrządów do wodociągów z steingutu i fajansu, oraz naczyń do użytku domowego kuchennego z tychże materyjałów wystawione przez firmy ks. Drucki - Lubecki, Doulton i Spółka, usprawiedliwiały rozgłos, jakim się te firmy cieszą. Z pomiędzy okazów ostatniéj firmy zasługuje na wzmiankę wanna cała z fajansu w połączeniu z kociołkiem, dającym się połączyć z rurą wodociągową, a ogrzewanym za pomocą gazu: urządzenie téj wanny jest tego rodzaju, że w stosunkowo bardzo krótkim czasie można otrzymać ciepłą kąpiel.

Również słabo reprezentowanemi były przyrządy wentylacyjne. Warszawskie biuro techniczne Mateckiego i Obrębowicza wystawiło dwa wentylatory, jeden poruszany motorem gazowym, drugi siłą ciśnienia wody wodociągowéj, firma zaś Poszepnego wentylatory kominowe różnych systemów. Chcąc się przekonać o działalności tych wentylatorów trzeba widzieć i badać ich zastósowanie praktyczne do przewietrzania lokalów, do czego na wystawie nie była daną sposobność, zapewne członkowie *jury* przed wydaniem sądu wyroby podobnym próbom poddawali. W ścisłym związku z przewietrzaniem zostaje ogrzewanie. Estetyczne kominki terrakotowe wystawił p. Haensel, a godnemi są także wzmianki piece i kominki p. Kulczyckiego odznaczające się podobno znaczną oszczędnością paliwa. Budowniczy Makowski wystawił ulepszony kuchniopiec, którego opis znajdował się w jednym z początkowych Nrów czasopisma *Zdrowie*. Pominąć nie wypada nam jeszcze wystawy Zakładu gazowego w Warszawie, który na wystawie pomieścił różne przyrządy do zastosowania gazu w gospodarstwie domowém, mianowicie różne piecyki, przyrządy do prasowania, wanny, ogrzewane gazem. W kraju naszym panuje jeszcze uprzedzenie przeciw zastósowaniu gazu do ogrzewania, które obok stosunkowo wysokiéj ceny gazu nie pozwala na rozpowszechnienie się zastosowania gazu do ogrzewania, wystawa ta była najlepszym środkiem do pokonania u wielu niechęci lub uprzedzenia. Gdy mowa o kuchniach wypada wspomnieć o przyrządzie do spalania śmieci wystawionym przez p. inżynijera Laszewicza z Petersburga, ponieważ ten przyrząd, mający na celu uczynienie dołów na śmieci zbytecznemi, ma być przystawianym do pieców kuchennych. Wprawdzie wystawca posiada przywiléj na wyrób tych spalaczy i podobno cieszą się one uzna-

niem, mimo to z naocznego jedynie na wystawie obejrzenia, pozwalamy sobie wątpić w praktyczność i trwałość tych przyrządów. Prócz przedmiotów, o których wspomnieliśmy, było jeszcze wiele innych z przeznaczeniem do higijenicznego urządzenia domów. Znalazły także miejsce na wystawie i dobre materyjały do budowy domów, jak cegły, cementa, posadzki, asfalty. Zanim przegląd działu tego zakończymy, zanotować nam jeszcze wypada, że i sprawa będąca na porządku dziennym palenia zwłok znalazła się reprezentowaną na wystawie a to przez pp. budowniczych Adamczewskiego i Dunaya. Wystawili oni między innemi przedmiotami model pieca do palenia zwłok (krematoryjum) na zasadzie systemu Goriniego, ale z zastósowaniem palenia gazu do kilku naraz spaleń. W połączeniu z tém krematoryjum miałby zostawać cmentarz katakumbowy, który był również w planie architektonicznym przedstawionym. Już na wystawie higijenicznéj w Berlinie w r. 1883 znajdował się model i plan tego pieca.

Najwięcéj wyczerpująco był na wystawie przedstawionym dział następny: dział wychowawczy. Znajdowało się tu tyle ciekawych i ładnych okazów, że dział ten mógł był sam dla siebie stanowić oddzielną a ciekawą wystawę. Praca i zabiegi oraz poświęcenie wielu osób, które pojęły doniosłe znaczenie właśnie tego działu wystawy, złożyły się na to, że dział ten pokaźnie się przedstawił i że dostarczono tak znacznéj liczby okazów.

Dział ten rozpadał się na Higijenę indywidualną, obejmującą jako poddziały: higijenę niemowląt i higijenę dzieci i młodzieży oraz na Higijenę pomieszczeń. Działowi temu nadano słusznie nazwę działu wychowawczego a nie szkolnego, bo objęte w nim było nietylko wszystko to, co odnosi się do higijeny szkolnéj ale także i wszystko, co odnosi się do wychowania domowego. Dział ten mieścił się w odrębnym budynku, który budową miał przedstawiać wzór ochrony lub szkoły niższéj miejskiéj o 2ch oddziałach według planu p. Rycerskiego. Budynek miał 30 m. długości a 15·5 m. szerokości, po kilku schodkach wchodziło się do przedsionka, który łączył się z kurytarzem przecinającym budynek równolegle do jego długości a mającym dwa wyjścia boczne. Po jednéj stronie tego kurytarza mieściły się pokoje dla dozorców lub nauczycieli, kuchnie i waterklozety, a po drugiéj dwie sale szkolne, każda 10m. długa, 7 szeroka a 4 m. wysoka. Światło do tych sal wpadające było wschodnio-południowe a rozkład sali był tak urządzonym, że dzieci otrzymywały światło od strony lewéj. Sale były wentylowane za pomocą kaflowych pieców wentylacyjnych i przyrządów odpowiednich. Kąty sal były zaokrąglone. Przeznaczeniem jednéj z tych sal szkolnych było przedstawić typ dobrze urządzonéj sali szkolnéj. Urządzono ją zatém tak jak wyglądać powinna wzorowa sala szkolna, zaopatrując w wzorowe sprzęty. Ławki były jednakie, głównie systemu tak zw. frankfurckiego, odpowiednio ustawione, a pochodziły z różnych prywatnych zakładów naukowych istniejących w Warszawie, tak dla chłopców, jak dla dziewcząt. W oknach znajdowały się rolety z dołu do góry podnoszone, z prywatnego 6-klasowego gimnazyjum p. Górskiego, bardzo dla sal szkolnych odpowiednie i dogodne. Ściany téj sali obwieszone były różnemi tablicami, odnoszącemi się do nauk przyrodniczych. Wzdłuż ścian zaś ustawione były gablotki i stoły, na których znajdowały się różne przedmioty do nauki służące, zwłaszcza metodą poglądową lub téż przeznaczone do nauki ociemniałych. Prócz tego w sali téj pomieszczoną była odpowiednio ustawiona katedra dla nauczyciela nieco z boku, aby miał zawsze dobry przegląd na wszystkich uczniów, oraz odpowiednie tablice łatwo poruszać się dające. Z pomiędzy w téj sali wystawionych przedmiotów nie można nie uczynić osobnéj wzmianki o zawieszonych przy wejściu 10 fotogramach zdjętych przez firmę Karoli i Pusch, według wskazówek Dra Jasińskiego. Przedstawiają one obrazy skrzywień, jakie przybiera kręgosłup chłopca zdrowego i dobrze zbudowanego, jeżeli tenże nieodpowiednio stoi lub siedzi, tj. jeżeli siedzi w ławce nieodpowiednio do wzrostu jego dobranéj lub téż nieodpowiednie mającéj wymiary, jak to się nader często zdarza, a co, jeżeli się nader długo powtarza może się stać przyczyną stałych skrzywień kręgosłupa i krótkowzroczności. W téj téż sali znajdowały się plany różnych szkół, jak wzorowéj szkoły Monge w Paryżu, szkół ludowych krakowskich i zakładu p. Górskiego w Warszawie. Ten ostatni zakład, dzięki uprzejmości właściciela, mieliśmy sposobność zwiedzić we wszystkich szczegółach. Z zakładem naukowym połączony jest pensyjonat na 80 uczniów. Urządzenia w zakładzie aż do najdrobniejszych szczegółów są tak praktycznie i odpowiednio obmyślane i zastósowane, że śmiało ten zakład wzorowym nazwać można.

W drugiéj sali budynku szkolnego pomieszczono niektóre tablice i okazy, odnoszące się do antropologii, jak tablice pomiarów antropometrycznych Dra Suligowskiego z Radomia co do uczniów tamtejszego gimnazyjum i odnoszące się do wzrostu dzieci warszawskich Dra Dudrewicza. Głównie zaś sala ta była zajętą przez wystawców gier i zabaw pedagogicznych, oraz przedmiotów do ubioru dzieci służących. Na obejrzenie zasługiwała wystawa warszawskiéj szkoły rzemiosł, a zwłaszcza okazy odnoszące się do tak zwanéj nauki zręczności „Śljöd“, która wziąwszy początek w Szwecyi zaczyna się we wszystkich krajach przyjmować (u nas w Galicyi od lat kilku w Sokalu, dokąd zjeżdżają się nauczyciele w czasie wakacyj, aby się z nauką tą obznajmić). Inne ubikacyje budynku szkolnego zostały również zajęte przez pojedynczych wystawców na wystawy rzeczy mogących mieć z wychowaniem związek. W jednym z pokoi mieściła się biblijoteka, w któréj w gablotkach znajdowały się dzieła i broszurki, odnoszące się do higijeny: od starych białych kruków biblijograficznych aż do wydawnictw nowszych czasów zgromadził tu gorliwy biblijotekarz Tow. Lek. warsz. Dr. Peszke wiele cennych i ciekawych rzeczy. Na ścianach i w środku na stole pomieszczono różne plany szkół a między niemi zwracały uwagę plany dawnych szkół polskich na Zaliborzu i w Szczucinie z zeszłego jeszcze wieku (własność Dra Lasockiego).

Opuszczając budynek szkolny musimy jeszcze zwrócić uwagę, że przed nim znajdowały się stanowiące z nim całość wzory ogródków, w których według zasad Froebla same dzieci powinny hodować kwiaty.

Do działu wychowawczego zaliczono słusznie gimnastykę i zabawy dla dzieci przeznaczając na nie osobne miejsca na wystawie, na których co wieczór pod kierunkiem nauczycieli gimnastyki dzieci za małą opłatą a z wielką uciechą bawiły się i ćwiczyły w gimnastyce, co zapewne nie mało przyczyni się do rozbudzenia uprawy tyle w naszych czasach potrzebnych ćwiczeń gimnastycznych. (Dok. nast.)

---

* **Cholera**. Według urzędowych wiadomości z Indyj w ciągu czerwca i lipca w północno-zachodnich prowincyjach zdarzyło się 70.000 przypadków śmierci na cholerę, co odpowiada 1% ogółu ludności. W Bombayu od 15—21 lipca w 9 obwodach liczących 8½ milijonów mieszkańców zachorowało 1773 osób na cholerę, z których zmarło 738 osób.

We Włoszech, zkąd znowu mało jest pewnych wiadomości, rzucono się po wybuchu cholery do zarządzeń higijenicznych. Rada miasta Neapolu udzieliła kredytu do wysokości 100.000 franków na najnaglejsze ulepszenia zdrowotne.

W Katanii, w tygodniu, który się skończył 22 bm., miało umrzeć 152 osób, w Palermo 98, a i w innych miastach włoskich mają się wydarzać pojedyncze przypadki. Na Malcie zaś ma dziennie po 5—8 osób umierać.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 lipca do 6 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkaców 26,3. Z błonicy i dławca umarło 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 0 (2 z. t.); z gruźlicy 7 (5 z. t.); z zapalenia płuc 3 (3 z. t.); z zapalenia kiszek 11 (5 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 duru osutkowego (z Dębnik). W tygodniu od 24—30 lipca umarło z ospy: w Drohobyczu 1, w Tarnowie 1, w Czerniowcach 1, w Wiedniu 2, w Budapeszcie 1, w Pradze 6, w Tryjeście 2, w Rzymie 7, w Paryżu 13, w Petersburgu 5, w Warszawie 16. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 22. Z odry umarło w Kołomyi 2, w Wiedniu 14, w Mnichowie 15, w Paryżu 18, w Londynie 62. Z płonicy umarło w Londynie 20. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 3, w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 11, w Berlinie 20, w Hamburgu 13, w Paryżu 20, w Londynie 25. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Przemyślu 2, w Londynie 92, w Liwerpolu 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,6; we Lwowie 33,1; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 24,6; w Kołomyi 50,1; w Przemyślu 24,7; w Tarnopolu 30,8; w Tarnowie 26,4; w Czerniowcach 34,0; w Wiedniu 27,5; w Salcburgu 15,5; w Gracu 20,8; w Tryjeście 34,1; w Insbruku 14,0; w Pradze 31,1; w Bernie 34,5; w Olomuńcu 23,0; w Opawie 16,8; w Warszawie 28,5; w Poznaniu 29,3; w Berlinie 32,8; we Wrocławiu 45,1; w Gdańsku 35,6; w Dreźnie 26,8; w Hamburgu 35,6; w Kolonii 38,7; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 40,5; w Strasburgu 25,5; w Amsterdamie 19,0; w Brukseli 22,5; w Budapeszcie 34,1; w Chrystyjanii 32,6; w Kopenhadze 21,0; w Londynie 24,8; w Odesie 29,0; w Paryżu 19,9; w Petersburgu 24,9; w Rzymie 21,9; w Stokholmie 22,3; w Wenecyi 30,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 września. Dziś otwartą została uroczyście wystawa krajowa przez JEksc. Pana Namiestnika w zastępstwie J. Ces. Wys. Cesarzewicza Rudolfa jako Protektora wystawy, w obec reprezentantów władz krajowych, licznie zebranych członków Komitetu pełnego i innych osób zaproszonych. — Grupa 26ta i pawilon balneologiczny aczkolwiek nie zupełnie jeszcze co do szczegółów, równie jak inne działy wystawy, urządzone przedstawiają się bardzo dobrze.

* W skutek starań p. Michała Dobrowolskiego właściciela fabryki przetworów opatrunkowych w Krakowie, popartych przez komitet administracyjny szpitala św. Łazarza i przez komisyję przemysłową Towarzystwa Lekarskiego krak. Wydział krajowy okólnikami z d. 11 czerwca i 26 lipca br. zalecił szpitalom krajowym prowincyjonalnym zakupywanie opatrunków chirurgicznych we fabryce p. Dobrowolskiego.

* W jedném z miasteczek Galicyi wschodniéj opróżnioną jest posada lekarza. Bliższych wiadomości udzieli na żądanie Prof. Dr. Korczyński.

* Liczba uczniów medycyny w niemieckich uniwersytetach w półroczu letniém 1886/7: w Berlinie 1140 (w 1886 r. 1175), w Gryfii 528 (461), w Wrocławiu 390 (391), w Bonie 371 (349), w Halli 330 (329), w Marburgu 303 (300), w Kiel 292 (267), w Królewcu 270 (267), w Getyndze 248 (234). Ogółem 3872.

* W Szczawnicy bawiło do 21 sierpnia 2531 osób, w Cieplicach czeskich do 25 sierpnia 6729.

* **Wiedeń**. Prof. Nothnagel wezwany na konsylijum do Moskwy, do przedsiębiorcy kolei rosyjskich Poljakowa, w powrocie uległ przypadkowi, który łatwo mógł się dla słynnego klinika nieszczęśliwie skończyć. Przed położeniem się spać chciał prof. Nothnagel udać się do innego przedziału wagonu, pomylił się jednak i otworzył drzwiczki na zewnątrz prowadzące, skutkiem tego wypadł tak atoli szczęśliwie, że bardzo lekkie tylko odniósł zranienia na skroni i nodze. W pociągu nikt nie spostrzegł tego przypadku, prof. Nothnagel znalazłszy się zatém wśród ciemnéj i słotnéj nocy na pół ubrany bez butów i okrycia głowy na drodze kolei żelaznéj doszedł do najbliższego budnika, a następnie z nim do najbliższéj stacyi, ztąd zaś dojechał do Dynaburgu, gdzie mu dopiero oddano pozostawione w wagonie rzeczy i pulares z kwotą 10.000 rubli.

* **Petersburg**. W kwietniu 1888 ma się tu odbyć IIIci Zjazd lekarzy rosyjskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berno**. Prof. Strasser z Fryburga (w Badeńskiém) został mianowany prof. anatomii.— **Kiel**. Wkrótce ma tu być utworzoną katedra higijeny. — **Gent**. De la Housse z Antwerpii został mianowany prof. fizyjologii. — **Praga**. Doc. Singer został mianowany dyrektorem kliniki uniwersytetu niemieckiego.

* **Nekrologija**. Na Cetnarówce zmarł Dr. Piotr Krzeczunowicz, liczący lat 68, niegdyś lekarz wojskowy a następnie we Lwowie przez długi szereg lat lekarz operator posiadający rozległą praktykę i cieszący się powszechną sympatyją. Zmarły pozostawił znaczny majątek, z którego część przeznaczył na cele dobroczynne, między innemi 4,000 złr. dla galicyjskiego Towarzystwa lekarskiego. Pogrzeb odbył się we Lwowie przy wielkim udziale publiczności. Cześć jego pamięci!

W Warszawie zmarł Dr. Stanisław Savary lekarz powiatu mławskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endoearditis pneumonica)* (c. d.); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.); Puławskiego: Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego (*Paral. part. plex. brach.*) (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 8: Zawadzkiego: O zakaźném pochodzeniu i przeciwgnilném leczeniu suchot płucnych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 34: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych jako dopełnienie prac własnych poprzednich. — W *Zdrowiu* Nr. 23: Wystawa higijeniczna w Warszawie.

W *Medycynie* Nr. 35: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych jako dopełnienie prac własnych poprzednich (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Sokołowskiego: O zwężeniu przymiotowém (syfilityczném) tchawicy i oskrzeli; Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.); Odcinek: O racyjonalném leczeniu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. BARĄCZ: Ein seltener Fall von Neubildung der linken Hüftgelenksgegend (Sep. Abdr. a. d. Berl. klin. Wochenschrift 1887, Nr. 33), 8vo, str. 7.

TENŻE: Przypadek trepanacyi wyrostka sutkowego kości skroniowéj powikłany otwarciem zatoki poprzecznéj. Wyleczenie. (Odbitka z Gaz. Lekarskiéj) 8vo, Warszawa, 1887, str. 7.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

KONKURS.

Posada lekarza gminnego zaraz do objęcia w *Virje* w Kroacyi — roczna płaca 800 zła. oprócz należytości za oględziny umarłych i mięsa. Znajomość języka kroackiego niewymagana. Najodpowiedniejsza posada dla kawalera. Bliższych szczegółów udziela E. Koszalek aptekarz tamże.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 10 Września 1887. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Trzy nowe przypadki przetrwania błony źrenicznéj.

Podał

Dr. med. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Zanim przejdę do anatomii przetrwałéj błony źrenicznéj chcę kilka słów powiedzieć o przyczepieniu błony do przedniéj powierzchni tęczówki. W pierwszym moim artykule o przetrwaniu błony zwróciłem uwagę na okoliczność, że najdokładniejszy, jaki dotąd mieliśmy opis wejrzenia przedniéj powierzchni tęczówki (*Handbuch d. gesammt. Augenheilk. Graefe u. Saemisch*, I, 1, str. 29), podany przez Merkla, da się zastósować chyba do bardzo nie wielu tęczówek i że w tym względzie wielka zachodzi rozmaitość. Głównie obchodzi nas tu okoliczność, że linija wężykowata, zawsze prawie spostrzegana na przedniéj powierzchni tęczówki, bynajmniéj nie jest zawsze odległą, jak utrzymuje Merkl, o 1mm. od brzegu źrenicznego tęczówki, lecz odległość ta bardzo bywa rozmaitą, często nawet linija ta znajduje się bliżéj brzegu rzęskowego tęczówki. Tak więc mniejszy pierścień tętniczy tęczówki, położony zwykle (choć nie zawsze jednakowo rozwinięty) bliżéj brzegu źrenicznego i linija wężykowata bynajmniéj nie znajdują się na jedném i tém samém miejscu. Znowuż zarówno badanie rozwoju, jakotéż spostrzeżenia przetrwałych błon źreniczych, stanowczo dowodzą, że linija wężykowata oznacza dokładnie miejsce, w którém błona źreniczna oddziela się od wspólnego dla niéj i dla tęczówki zawiązku u zapłodka. Jak u zapłodka błona źreniczna przyczepia się do tęczówki, to bliżéj, to znów daléj od brzegu źrenicznego, różnice te nie zależą nadto od wieku zapłodka, lecz są zupełnie indywidualne, tak też u dorosłych, mających przetrwałe resztki błony, przyczepiać one mogą swe włókna raz ledwo nie obok samego brzegu źrenicznego, to znów włókna dochodzić mogą aż do brzegu rzęskowego. To też jakkolwiek częściéj przetrwałe włókna łączą się z tęczówką w pobliżu brzegu źrenicznego, w klasycznych jednakże przypadkach Alfr. Graefego (*Arch. f. Ophthalm.* XI, 1, str. 209) i Szokalskiego (Wykład chorób przyrz. wzrok. 1870, T. II) włókna, które następnie w błonę przechodziły, brały początek nieopodal brzegu rzęskowego tęczówki. To samo widzieliśmy w moich dwóch ostatnich z obecnie podanych przypadków. Niesłusznie więc Van Duyse, opisując w pierwszym swym przypadku (l. c., str. 15) włókna idące od błony, przykrywającéj źrenicę prawego oka, ku części obwodowéj tęczówki daleko poza mniejszy pierścień tętniczy, uważa, iż okoliczność ta stanowi *l'exception dans les anomalies de l'espèce.*

Już w pierwszym moim artykule zwróciłem uwagę na sposób połączenia przetrwałych włókien z tęczówką. Otóż badając za pomocą podwójnego oświetlenia bocznego, często bardzo widzimy, że podziały ostateczne przetrwałych włókien, przed samém połączeniem się z tkanką tęczówki, stają się szerszemi, przybierając ksztalt trójkąta, składającego się z krzyżujących się ze sobą rozmaicie włókien, które tworzą w ten sposób siateczkę. Jeśli znów takie same siateczki spostrzegamy w obrębie linij wężykowatych, w tęczówkach wcale włókien przetrwałych niemających, a zdarza się to bardzo często, również uważać je nam wypada za resztki błony źrenicznéj, a więc resztki te w gruncie rzeczy o wiele są pospolitsze, niż dawniéj mniemano, lecz znajdują się zwykle w obrębie nie źrenicy, lecz tylko tęczówki. Że w siateczkach w istocie uznać należy resztki błony źrenicznéj, stwierdzają to badania anatomiczne Michla (*Arch. f. Ophthalm.*, XXVII, 2, str. 205), który utrzymuje, że w prawidłowym rozwoju oka z błony źrenicznéj powstaje śródbłonek przedniéj powierzchni tęczówki.

Teraz wypada mi streścić w kilku słowach wyniki moich badań nad powstawaniem i budową błony źrenicznéj u zapłodka. Błona źreniczna ma zawiązek wspólny z tęczówką; powstaje on bardzo wcześnie, bo wkrótce po utworzeniu się następczego pęcherzyka ocznego. Dopiero w końcu pierwszéj połowy życia zarodkowego ze wspólnego zawiązku

rozkształtowuje się zawiązek tęczówki. Co się tyczy naczyń błony źrenicznej, to już Henle (*De membrana pupillari* itd. Berlin, 1833) wyraźnie mówi, że grubsze naczynia są tętnicami, pochodzącemi od „zewnętrznego" koła tętniczego tęczówki. Rzecz dziwna, że w obec tego późniejsi badacze wyprowadzają naczynia błony źrenicznej od tętnicy szklistej zapłodka (*arteria hyaloidea s. capsularis*). W r. 1877 dowiodłem (Pam. Tow. przyrodników w Kijowie), że w istocie tętnice błony źrenicznej pochodzą od większego koła tętniczego tęczówki (*circ. iridis arter. major.*) i tylko drogi żylne są wspólne dla błony źrenicznej i dla układu naczyniowego ciałka szklanego, a kierują się ku przyszłej naczyniówce. Te same wyniki otrzymali następnie Virchow jun. (*Würzburger Sitzungsberichte* 24 mai 1879), Lieberkühn (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1879) i wreszcie Königstein (*Arch. für Ophthalm.*, XXVII, str. 60).

Jak wiemy błona zanika w końcu 7go lub w 8ym miesiącu. Co się tyczy anatomicznej jej budowy, to najdogodniej jest badać ją w końcu 6go lub w początku 7go miesiąca, gdyż wtedy znajduje się ona w pełni rozwoju. Znajdujemy w niej wtedy: 1) naczynia, tworzące szerokie pętle; ściany naczyń tworzą: śródbłonek i błona dodatkowa, która w cienkich rozgałęzieniach składa się z jednej tylko warstwy wrzecionowatych komórek, w grubszych zaś naczyniach jest wielowarstwową; 2) nieliczne, a często bardzo długie, wrzecionowate komórki, które łączą pomiędzy sobą ściany 2 naczyń sąsiadujących i stanowią resztki tych komórek, które przy powstawaniu pęcherzyka wtórnego wnikają doń przez szparę oczną i obok brzegu blaszki rogowej, a następnie wydatkują się zupełnie na rozwój czasowej sieci naczyniowej w oku zapłodka; naczynia łączy między sobą błona przejrzysta bez żadnej budowy (właściwie znajdują się one na wewnętrznej jej powierzchni); 3) pomiędzy naczyniami znajdują się okrągłe komórki zupełnie podobne do komórek ciałka szklanego, względnie białych ciałek krwi; 4) co się tyczy komórek barwikowych, te jeśli się znajdują, to bardzo rzadko i bezwarunkowo tylko w częściach błony źrenicznej bezpośrednio do tęczówki przytykających.

Takich danych dostarcza nam anatomija prawidłowej błony źrenicznej. Przedewszystkiem błona jest bardzo wątłą, barwika wcale nie zawiera. Przeciwnie, w przetrwałych resztkach błony u dorosłych znajdujemy, iż są one albo zabarwione, lub też składają się z grubych stosunkowo włókien lub błon. Tak więc samo już wejrzenie przetrwałej błony w typowych przypadkach wady znacznie się różni od wejrzenia błony u zapłodka. Zważywszy przytoczone okoliczności, już w pierwszym moim artykule o błonie źrenicznej, gdy nie dokonano jeszcze w żadnym przypadku badania anatomicznego, wypowiedziałem zdanie, że powstawanie wady pochodzi z nieprawidłowego rozwoju samej błony u zapłodka. W przypadkach, w których resztki błony są zabarwione, nieprawidłowość ta polegać może na nieprawidłowem wyróżnianiu się pierwocin blaszki średniej w obrębie błony źrenicznej a nawet przedniej blaszki torebki soczewkowej, mianowicie na wytworzeniu w tych miejscach komórek barwikowych, w przypadkach zaś, w których resztki błony były niezabarwione, większa jej trwałość mogła być skutkiem początkowo znaczniejszego rozwoju błony dodatkowej naczyń. Michel (*Arch. f. Ophth.*, XXVII, 2, str. 203 [1])), próbował również wytłumaczyć powstawanie przetrwałej błony, opierając się na embryjologii. Mianowicie utrzymuje on, że w 7mym miesiącu życia zapłodkowego w rzęskowej części tęczówki powstaje fałd, istniejący niedłużej nad 3—4 tygodni, w skutek utworzenia się tego fałdu przyległe części błony źrenicznej przytykają do siebie, sklejają się, w skutek czego następuje naprężenie błony, na które nadto wpływa jeszcze stopniowe powiększenie komórki przodkowej. W skutek tych mechanicznych wpływów następować ma zanik błony źrenicznej u zapłodka. Zrośnięcie i następnie znów oddzielenie przyległych części błony odbywać się ma za pomocą przybłonka, zupełnie tak jak to opisał Schweigger-Seidel co do brzegu powiek. Od fałdu tęczówki, według Michela, ma również zależeć przetrwanie błony źrenicznej. Mianowicie zrośnięte części błony mogą następnie nie oddzielić się, a wtedy w początkowej błonie powstają odosobnione otwory i włókna; przypuszcza on nadto, że błona może być grubszą niż zwykle i że uprzednio lub w okresie powstawania fałdu w tęczówce przyklejać się może do torebki soczewkowej. Nie miejsce tu wchodzić w dalsze szczegóły dotyczące rozwoju tęczówki i błony źrenicznej, pokrótce więc powiem, że ani powstawania fałdu w tęczówce takiego, jak je Michel opisuje, ani też zdwojenia błony źrenicznej w części rzęskowej nigdy nie widziałem. Błona znów źreniczna stanowczo przybłonka nie zawiera, zabrakłoby więc materyjału do sklejenia i następnego oddzielenia zrośniętych powierzchni, nakształt tego, jak się to dzieje przy sklejeniu i późniejszém oddzieleniu podczas rozwoju powiek. Zanik naczyń błony źrenicznej daleko łatwiej wytłumaczyć możemy utworzeniem dla krwi bliższych dróg krążenia, mianowicie przez rozwój właściwych naczyń tęczówki, którytο rozwój w istocie odbywa się równocześnie ze sprawą zanikową w błonie źrenicznej.

[1]) Artykuł mój był wysłany do redakcyi jeszcze w r. 1881 przed otrzymaniem na miejscu pracy Michla.

Ponfick pierwszy zbadał błonę przetrwałą pod względem anatomicznym w przypadku Cohna, podanym w r. 1881 (*Centralblatt f. prakt. Augenheilk. April*). Włókna przetrwałe składały się z tkanki gęstej, włóknistej z równoległym kierunkiem włókien lub też miejscami, zwłaszcza na zagięciach, z cokolwiek falistym. Liczne naczynia włosowate pochodziły od naczyń tęczówki. Na obu powierzchniach błony gdzieniegdzie spostrzegano barwik. Przypadek ten wszakże nie należał bezwarunkowo do prawidłowych, gdyż oko wadą dotknięte ulegało nadto przewlekłemu zapaleniu tęczówki i następczej jaskrze. Wedl i Bock (*Atlas* 1886) badając przetrwałą błonę u trupa, znaleźli w niej włókna odpowiadające spadniętym naczyniom, których światło (*lumen*) miejscami było widocznem, nadto posiadały one grube pochewki z tkanki łącznej, zawierającej komórki barwikowe.

Najdokładniejszego badania dokonał Van Duyse w 2gim swym przypadku. Przetrwała błona przedstawiała się w postaci 5—6 włókien, przebiegających z okolicy małego pierścienia tętniczego tęczówki ku zaćmie stożkowatej, dokoła której resztki błony źrenicznej tworzyły na torebce soczewkowej czworobok. Grube i swobodne włókna składały się z włóknistej tkanki łącznej, którą Van Duyse wywodzi od zgrubiałej błony dodatkowej pierwotnych naczyń (*adventice hypertrophiée*), w dalszym ciągu włókna te przechodziły w naczynia włosowate w obrębie czworoboku położone, z których zresztą jedno tylko ciałka krwi zawierało. Dokoła znajdowały się komórki tkanki łącznej podługowate lub wrzecionowate wśród istoty zupełnie przeźroczystej i zawierały tylko tu i owdzie barwik. W okolicy czworoboku znalazł też kilka

odosobnionych komórek przybłonkowych. W soczewce żadnych zmian nie było.

W moim 3cim przypadku wyciętą część tęczówki razem z przetrwałą błoną zanurzyłem do parafiny i wykonałem następnie cięcia poprzeczne. Z brzegu tylko odciąłem niewielką cząsteczkę, w celu zbadania jéj *in situ*. Włókna stanowiły ciąg dalszy tkanki tęczówkowéj. Na wielu cięciach śródbłonek przedniéj powierzchni tęczówki przechodził bezpośrednio na włókna, widziałem go téż zarówno na przedniéj jak i na tylnéj powierzchni. Wszakże nawet w okolicy włókien bynajmniéj nie stanowił on całkowitéj warstwy, nadto spostrzegałem go tylko w pobliżu tęczówki. Co się znów tyczy błonki rozciągniętéj pomiędzy włóknami, to w niéj znalazłem tylko nieliczne komórki wrzecionowate, tylko tu i owdzie barwik zawierające, nieliczne komórki okrągłe, zupełnie do białych ciałek krwi podobne i jeszcze mniéj liczne okrągłe komórki barwik zawierające; te ostatnie w dwóch miejscach były razem zebrane i odpowiadały spostrzeganym na powierzchni błony punkcikom barwikowym. Wszystkie te utwory ku zewnątrz przytykały do tylnéj powierzchni przeźroczystéj błony, niemającéj żadnéj budowy. Naczyń krwionośnych poza obrębem włókien w saméj błonie wcale nie było. Co się tyczy budowy samych włókien, to znalazłem w nich: 1) zbitą włóknistą tkankę łączną, pomiędzy pęczkami któréj znajdowały się płaskie komórki; 2) długie wrzecionowate lub gwiaździste komórki; 3) komórki okrągłe zupełnie do białych ciałek krwi podobne; 4) komórki barwikowe, wrzecionowate lub okrągłe; 5) naczynia włosowate, które od naczyń włosowatych tęczówki tém się tylko różniły, że pętle ich w kierunku podłużnym były wyciągnięte; łączyły się one bezpośrednio z naczyniami tęczówki, a w świetle ich znajdowały się ciałka krwi.

Taką była w naszym przypadku budowa tak zwanéj przetrwałéj błony źrenicznéj. Jeżli porównamy ją z budową błony źrenicznéj u zapłodka, przyjść musimy do wniosku, że podobieństwa w gruncie rzeczy nie ma tu żadnego, ponieważ we włóknach mamy tkankę, utworzoną zupełnie na wzór tęczówki. Mieliśmy tu wszakże przypadek, w którym masa że tak powiem, czyli objętość części przetrwałych, wcale nie była znaczną. Tém bardziéj z góry spodziewać się możemy powikłanéj budowy w przypadkach, w których, jak np. w pierwszym z w końcu podanych, objętość części przetrwałych o wiele jest znaczniejszą. Zdawałoby się, że przypadek Van Duysea mógłby stanowić wyjątek, włókna od tęczówki pochodzące przechodziły tu bezpośrednio w naczynia włosowate blaszki na torebce położonéj; włókna same w istocie przypominają naczynia błony źrenicznéj u zapłodka o błonie dodatkowéj bardzo zgrubiałéj i uległéj zwyrodnieniu włóknistemu. Wszakże moglibyśmy zarzucić Van Duyseowi, iż budowy włókien nie zbadał dokładnie, w skutek czego nasuwa się przypuszczenie, że mogła być ona bardziéj powikłaną, zresztą w obrębie blaszki na torebce spostrzegał on komórki barwikowe, na których w odpowiedniém miejscu stanowczo zbywa prawidłowéj błonie źrenicznéj. Tak więc fakty anatomiczne dostatecznie dowodzą słuszności zdania mego, wypowiedzianego początkowo raczéj jako przypuszczenie, mianowicie że przetrwała błona źreniczna powstaje w skutek nieprawidłowego wyróżniania się pierwocin blaszki średniéj, właściwie płytek główkowych (*Kopfplatten*). Obecnie wiemy, że z płytek tych w przedniéj części gałki powstają: rogówka (prócz jéj przybłonka), tęczówka wraz z błoną źreniczną i torebka soczewkowa. Z tych utworów przy prawidłowém wyróżnianiu pierwocin jedna tylko tęczówka barwik zawiera, przy wadliwém zaś znajdujemy barwik nietylko w obrębie błony źrenicznéj, lecz nawet na przedniéj blaszce torebki soczewkowéj.

W końcu jeszcze słów parę, dotyczących statystyki przetrwałéj błony. W początku artykułu niniejszego wspomniałem, że do końca r. 1881 znajdujemy wzmiankę dokładniejszą zaledwie o 30 przypadkach téj wady, obecnie zaś mamy ich co najmniéj 140, przeto 110 przypadków zanotowano w ciągu tylko ostatnich 5 lat. O ile częste są przypadki przetrwałéj błony w porównaniu do innych cierpień oka, mamy następujące dane. Utthoff, w swém sprawozdaniu z kliniki Schölera za rok 1882, przytacza 6 przypadków na 10.000 chorych. Mooren (*5 Lustren ophthalm. Wirksamk.*, 1882) 14 na 100.000, Königstein (*Wiener. medicin. Jahrb.* I. 47) 21 u 300 nowonarodzonych, Schleich, 13 u 150. Franke (*Arch. f. Ophthalm.*, XXX) na 3508 chorych spostrzegł błonę przetrwałą u 32. Co do mnie, z pomiędzy 38.000 chorych spostrzegłem rozwiniętą zupełnie wadę u 18. Tak więc różnią się jak dotąd dane statystyczne znacznie, różnica zaś ztąd pochodzi, że jedni badacze uwzględniają najmniéj znaczne resztki wady, inni znów li tylko resztki znacznych rozmiarów. Daléj Franke w 32,5% przypadków przetrwałéj błony znalazł astygmatyzm, któremu przypisuje najczęściéj wzrok nieprawidłowy u osób tą wadą dotkniętych, nadto przypuszcza on, że powstawanie astygmatyzmu może dać się wytłumaczyć rozwojem błony źrenicznéj wspólnym z rogówką.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

VII.

Gwóźdź w głowie. Jaka przyczyna śmierci?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Wiktoryja O., lat 40 licząca, podobno nałogowo pijaństwu oddana, żona ślusarza, d. 19 stycznia o godzinie 10téj w nocy przybyła do pomieszkania siostrzeńca swego Szymona S., jęcząc od bólu, skarżąc się, że „jéj koło serca słabo“ i podając, że mąż ją pobił i z domu wypędził. Położywszy się więc w mieszkaniu S. stękała całą noc, „brzuch miała wzdęty a twarz siną.“ Około godziny 5téj zrana atoli wstała bez cudzéj pomocy, ubrała się sama i wróciła do domu, zapukała, poczém mąż ją wpuścił. Gdy po powrocie do domu była bardzo słabą, mąż posłał po kobiety, aby ją „smarowały.“ Jedna z nich, Maryjanna R., przybywszy o 8éj zrana, zastała już koleżankę, a sama na zapytanie o przyczynę cierpienia otrzymała od Wiktoryi O. odpowiedź, że mąż ją pobił i „zamiótł nią całą izbę;“ druga B. podaje, że zastała Wiktoryję konającą, jednak była jeszcze w stanie powiedzieć: „słabo mi“ i „wczoraj mnie zbił“ pokazując ręką na brzuch, gdzie widziała siniak wielkości małéj dłoni, a na nim skórę nieco opieczoną, co miało pochodzić z przyłożenia cegły gorącéj. Wkrótce potém Wiktoryja O. umarła. Adolf G., czeladnik ślusarski, zeznaje, że d. 19 stycznia obwiniony Szczepan O. uderzył żonę swoją Wiktoryję laską raz po nogach, ale tak silnie, że laska się złamała; Wiktoryja uchwyciła kawałek żelaza, rzuciła go na męża i poczęła uciekać; mąż ją atoli uchwycił za włosy; więcéj nie widział, bo właśnie wy-

szedł z izby. Nazajutrz o godzinie w pół do 8éj zastał Wiktoryję w łóżku, skarżącą się na ból w piersiach i boku. Mąż poszedł po kobietę do smarowania, a gdy ta przyszła, powiedziała, że jéj się oddech choréj nie podoba, radziła więc posłać po lekarza. Zanim atoli radzie téj zdołano uczynić zadość, chora umarła Wreszcie podaje ten świadek, że krwi na choréj nie widział, i że oboje małżonkowie oddawali się pijaństwu.

Dnia następnego (21 stycznia) lekarz miejski oglądał zwłoki, a gdy oświadczył, że na nich żadnego śladu obrażenia nie znalazl, Sąd, pomimo doniesienia, że Wiktoryja O. umarła śmiercią gwałtowną, zezwolił na pochowanie zwłok.

Dopiero we 2 tygodnie późniéj, w skutek ponownego doniesienia o gwałtownéj śmierci Wiktoryi O., Sąd polecił ekshumacyję zwłok i wykonanie sekcyi sądowéj, która wykonana d. 7 lutego przez dwóch lekarzy, z których jeden ciało zmarłéj oglądał był d. 21 stycznia, wykazała co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki kobiety 40 lat liczącéj, średniego wzrostu, dobrze odżywionéj. 2) Plamy pośmiertne ciemno-fioletowe miejscami jaśniejsze na twarzy, szyi, w piersiach, odnogach i pośladkach. Na tylnéj części szyi i na plecach plamy pośmiertne ciemno zielone w czarne kolory wpadające rozciągają się do polowy kości krzyżowéj, brzuch znacznie wzdęty ciemno-zielono zabarwiony. 3) Pod pępkiem na 4 cm. miejsce lekkim strupem pokryte, mające wzdłuż 16 cm. szerokości, w górnéj części 5 cm, w dolnéj 8 cm.; uszkodzenie to odpowiada oparzeniu. 4) Zewnętrznie nie znaleziono żadnych innych śladów uszkodzenia.

B. Oględziny wewnętrzne. 5) Krtań i połyk wolny od ciała obcego. 6) Po zdjęciu powlok czaszki na górnéj części kości lewéj bocznéj otwór kształtu czworoboku, którego długość wynosi 7 mm., szerokość 6 mm., brzegi oczerniałe, na wewnątrz otwór nieco większy również kształtu czworoboku 7) Na wewnętrznéj stronie w okolicy obwodu widzimy cztery blaszki kostne odłamane, 1sza blaszka dług. 3 cm. szer. 2 cm., 2ga dług. 5 cm. szer. $2\frac{1}{2}$ cm., 3cia dług. 2 cm. szer. $1\frac{1}{2}$ cm., 4ta dług. $1\frac{1}{2}$ cm. szer. 1 cm. 8) Odpowiednio otworowi w czaszce, na skórze otwór wielkości grochu, brzegi tegoż oczerniałe. 9) W średniéj części tyłogłowia wynaczynienia krwi mierne wielkości po 4-centówki. 10) Odpowiednio otworowi w czaszce na twardówce otwór wielkości bobu wielkiego. 11) Zgłębnik wchodzi do otworu powyższego do mózgu $2\frac{1}{2}$ cm. w kierunku nieco ukośnym z tyłu naprzód. 12) Błony mózgowe nastrzykane, mózg i móżdżek przekrwione, zresztą prawidłowego utworu. 13) Na tylnéj stronie mózgu naczynia krwionośne znacznie krwią ciemną wiśniową nastrzykane. 14) Na podstawie czaszki do 30 grm. krwi płynnéj ciemno-wiśniowéj. 15) Płuca wolne barwy ciemno-fioletowéj, znacznie przekrwione, trzeszczą pod nożem i zawierają mierną ilość baniek powietrznych. 16) Serce powiększone, mięśnie tegoż wiotkie, w lewéj komórce znaczna ilość krwi skrzepłej ciemno-wiśniowéj. 17) Wątroba znacznie powiększona, stłuszczona. 18) Śledziona mała barwy jasno-fioletowéj miernie przekrwiona. 19) Nerki prawidłowego utworu miernie przekrwione. 20) Żołądek próżny, błona śluzowa obrzękła, nieprzekrwiona. 21) Macica prawidłowa, ciąża niestwierdzona. 22) Pęcherz moczowy próżny, skurczony, nienadwerężony. 23) Jelita cienkie i grube wzdęte, z błoną śluzową obrzmiałą, zawierają mierną ilość kału jasno-żółtego. Zwłoki znajdują się w 3cim stopniu zgnilizny.

Na podstawie sekcyi jeden ze znawców orzekł jak następuje:

Obdukcyja sądowa nie stwierdziła żadnych uszkodzeń cielesnych zewnętrznych, powstających z zadanego gwałtu. Uszkodzenie pod 3) opisane pochodzi widocznie od sparzenia. Otwór w czaszce opisany powstał bezwarunkowo w skutek silnego uderzenia narzędziem żelaza, mającego kształt czworograniasty, którego boki coraz więcéj się zwężają. Uszkodzenie to zadane zostało zmarłéj za życia jeszcze, co stwierdza ta okoliczność, że wynaczynienia na podstawie czaszki pod Nr. 14tym, również przekrwienie mózgu są znaczne.

Narzędzie żelazne okazane nam jest zupełnie odpowiadające, aby uszkodzenie, które opisano na czaszce, wyrządzić. Obwód średni narzędzia opisanego odpowiada zupełnie otworowi w czaszce. Uszkodzenie zadane zostało przez silne uderzenie narzędziem ciężkiém o grubszy koniec narzędzia, gdy cieńszy koniec był przyłożony do czaszki.

Po takiém uszkodzeniu zmarła mogła żyć jeszcze czas pewny niedający się bliżéj określić.

W obecnym przypadku przyjąć należy jako fakt stwierdzony, że śmierć nastąpiła w skutek zadanego gwałtu opisaném narzędziem.

Drugi znawca nie zgadzając się z tém orzeczeniem, podyktował do protokółu zdanie odmienne téj treści:

Uszkodzenia *sub* 6, 7, 8 i 10 opisane nie powstały za życia Wiktoryi O., lecz niewątpliwie dopiero po śmierci, a mianowicie już po wystygnięciu ciała; przemawia za tém brak wszelkich oznak, które przy każdém podobném uszkodzeniu, zadaném za życia, na jeden rzut oka już widocznemi byćby musiały, a mianowicie obrzmienie i zaczerwienienie wewnętrzne i zewnętrzne powłok skórnych czaszki w okolicy otworu opisanego. Daléj brak w obecnym przypadku wynaczynienia krwi, którąby w skrzepłym stanie widoczną była na powłokach skóry czaszki, na saméj czaszce, na twardówce zewnątrz lub wewnątrz, a ostatecznie także i na mózgu, jedném słowem w okolicy uszkodzenia; nawet brak takich oznak w samym otworze w mózgu. Brzegi uszkodzenia tak na powłoce skórnéj czaszki, jak na saméj czaszce, twardówce i mózgu były tylko oczerniałe i suche, niezawierające żadnych śladów krwawych. Ze względu więc tego, że uszkodzenie bez wątpienia dopiero po śmierci zadane zostało; ze względu, że żadnych uszkodzeń śmierć wywołujących nie było, daléj ze względu, że nie było śladów jakiego oporu przeciw gwałtowi i ze względu przekrwienia mózgowego i wynaczynienia krwi na tyłogłowiu, przekrwienia płuc, znacznéj ilości krwi skrzepłéj w komórkach sercowych, orzekam, że Wiktoryja O. nie umarła śmiercią gwałtowną, lecz umarła śmiercią naturalną, a to z udaru mózgowego. Co do narzędzia okazanego, zgadzam się na kształt, tylko jestem tego zdania, że instrument musiałby być grubszy.

Dodać tu należy, że w posiadaniu Szczepana O., posądzonego o zamordowanie swéj żony, znaleziono pomiędzy innemi narzędziami ślusarskiemi pręt żelazny, podobny do gwoździa grubego, wielkości palca dużego, o jednym końcu tępo-czworograniastym, płasko-wypukłym, o 4ch kantach niebardzo ostrych, zbiegając się ze sobą ku śpiczastemu końcowi drugiemu; objętość tego narzędzia w odległości 2—3 cm. od końca śpiczastego równała się istotnie mniéj lub więcéj objętości otworu w czaszce znalezionego, tak że zdanie było uzasadnione, iż tym prętem otwór w czaszce mógł być zdziałany.

Gdy jednak obwiniony o morderstwo Szczepan O. sta-

nowczo winy się wyparł, Sąd jużto z powodu ważności sprawy, jużtéż to z powodu niezgodności pomiędzy sobą pp. obducentów przesłał akta do Wydziału, załączając owo narzędzie właśnie opisane, i żądając odpowiedzi na pytanie, czy Wiktoryja O. zginęła śmiercią gwałtowną lub nie.

Sprawozdawcy nasunęły się odrazu liczne i ważne wątpliwości. Z jednéj strony należało się liczyć z faktem znalezienia przy sekcyi otworu w powłokach zewnętrznych, czaszce, oponach i mózgu, — nie mogło więc ulegać wątpliwości, że ciało obce wdrążyło w głowę. Z drugiéj strony niepodobna było przypuścić, że Wiktoryja O. po wbiciu jéj gwoździa w czaszkę i mózg była w stanie uciekać z domu, przebyć noc całą w domu obcym i skarżyć się na rozmaite dolegliwości, tylko nie na ból głowy, zachować przytomność ciągle aż do śmierci, jak również nie podobna prawie było przypuścić, żeby nikt rany téj na głowie nie widział, gdyby ona przed śmiercią denaty istniała. Należałoby więc sądzić, że gwóźdź został wbity dopiero po śmierci, — ale tu znów dwie nasunęły się wątpliwości: raz czy w stosunkach danych było rzeczą możebną wykonać tę operacyję na trupie, a więc w czasie, który upłynął pomiędzy śmiercią Wiktoryi a jéj pochowaniem i czy kto mógł mieć interes w tém, aby operacyję tę wykonać, — powtóre czy w ogóle wykonanie téj operacyi na trupie jest rzeczą tak łatwą?

Jakkolwiek przypadki przedziurawienia czaszki i mózgu narzędziem śpiczastém, jak np. gwoździem, i wywołanie śmierci nie należą do nader rzadkich, to jednak wiadomo z doświadczenia, że odporność kości na trupie jest nierównie większą aniżeli za życia. Z góry więc należało przypuścić, że do przedziurawienia czaszki Wiktoryi O. po jéj śmierci potrzeba było bardzo wielkiéj siły. Doświadczenia robione za pomocą pręta śpiczastego do aktów załączonego na trupie wykazały, że młot zwykły nie był dostateczny do wpędzenia pręta tego do czaszki trupa; przebicie udało się dopiero po użyciu siekiery, ale też wtedy pręt tak silnie utkwił w czaszce, że śród usiłowanego wydobycia go koniec jego odłamał się i pozostał w kości. Doświadczenie to czyniło témbardziéj zagadkowém powstanie otworu w głowie Wiktoryi O., albowiem trzeba było koniecznie przypuścić powstanie po śmierci dopiero, a niepodobna było domyśléć się sposobu powstania. Z tych powodów na wniosek sprawozdawcy d. 5 marca Wydział żądał od Sądu następujących wyjaśnień:

1) Czy Szymon S. nie widział na Wiktoryi O., gdy przyszła do niego na nocleg, śladów krwi na głowie i czy Wiktoryja O. nie opowiedziała mu o obrażeniu głowy?

2) Czy lekarz miejski d. 21 stycznia oglądał głowę Wiktoryi O. lub nie?

3) Jaki to był kawałek żelaza, który według zeznania Adolfa G. Wiktoryja rzuciła na męża swego i czy w chwili, gdy ją mąż ciągnął za włosy, nie wydała okrzyku lub jęku?

4) Czy Agnieszka B. nie spostrzegła u Wiktoryi rany lub krwawienia na głowie?

5) Czy w alkierzyku, gdzie według podania obwinionego Wiktoryja miała spaść ze szaflika, znajdowały się jakieś przedmioty śpiczaste i wysterczające?

6) Czy zwłoki Wiktoryi aż do pogrzebu leżały bez dozoru i czy w ogóle jest możebném, aby ktoś trupowi wbił w czaszkę przedmiot śpiczasty?

Na pytania te świadkowie przez Sąd przesłuchani odpowiedzieli:

Na 1sze: Szymon S. nie uważał krwi na głowie Wiktoryi, choć jéj często wodę podawał, a chora nie mówiła mu też, aby miała ranę na głowie.

Na 2gie: Lekarz miejski oświadczył stanowczo, że d. 21 stycznia oglądał i głowę trupa, a nie spostrzegł żadnego obrażenia ani krwi.

Na 3cie: Żelazo, które Wiktoryja rzuciła na męża, było to kowadło, 2 funty ważyć mogące.

Na 4te: Przy ubieraniu trupa i czesaniu włosów grzebieniem śladów krwi ani na głowie, ani na koszuli nie widziano.

5te. W alkierzyku nie było przedmiotów śpiczastych i wysterczających, a Wiktoryja ze szaflika wcale nie spadła, bo ją mąż trzymał.

6te. Po śmierci Wiktoryi nieprzerwanie dwie osoby znajdowały się przy trupie aż do pogrzebu.

Jeżeli wyjaśnienia te przemawiały stanowczo przeciw przebiciu czaszki za życia, to nie dałyby one także wskazówki, w jaki sposób przebicie powstać mogło po śmierci, — gdyby nie nowy a bardzo ważny fakt, o którym sprawozdawca powziął wiadomość z aktów po uzupełnieniu śledztwa.

Otóż po sekcyi d. 7 lutego odbytéj spostrzeżono na cmentarzu gwóźdź stary, który już dnia następnego świadkowie Adolf G. i B. wręczyli Sądowi. O tym gwoździu w aktach po raz pierwszy Wydziałowi przesyłanych nie było wcale mowy; dopiero w drugiéj przesyłce znalazł sprawozdawca nowy akt, a mianowicie przesłuchanie grubarza Jakóba B. z d. 17 marca, a świadek ten klasyczny podał co następuje: Otrzymawszy polecenie ekshumowania zwłok Wiktoryi O. d. 7 lutego nie mógł wydobyć trumny z grobu sposobem zwykłym; poszedł więc do staréj bramy cmentarnéj, wyciągnął z niéj gwóźdź długi, który w obec pomocników wbił do wieka trumny, ażeby za ten gwóźdź ciągnąć trumnę do góry; do gwoździa mocno wbitego przymocował powróz a gdy razem z pomocnikiem ciągnęli za ten powróz, oderwali wieko od trumny. Przyniósłszy następnie trumnę do miejsca, gdzie sekcyję miano wykonać, opowiedział doktorowi, z jakiemi miał walczyć trudnościami śród wydobycia ciała i że gwóźdź musiał wbić do trumny; doktór jednak zajęty czém inném, nie zważał na jego słowa i nic mu nie odpowiedział. Gwóźdź wbił w g ł o w a c h trumny, a gdy wieko się oderwało, widział, że przebił wieko i sterczał na wewnątrz na 1—1½ cala. Wyciągnąwszy późniéj gwóźdź z wieka położył go na oknie, a następnego dnia już go nie znalazł; obecnie sprawdza tożsamość jego.

Zeznanie to rzuciło światło należyte na zajście całe; było rzeczą prawie już pewną, że przebicie czaszki nastąpiło przez grubarza i w sposób przez niego podany; dla ważności przypadku atoli i ponieważ po ponownem wydobyciu zwłok z trumny można było spodziewać się doszczętnego usunięcia wszystkich wątpliwości, Wydział d. 23 marca prosił Sądu o ponowne uzupełnienie śledztwa w następujących kierunkach:

1. Niezbędną okazuje się ekshumacyja zwłok Wiktoryi O. celem sprawdzenia:

a) po któréj stronie gwóźdź wbity został w trumnę. Grubarz podaje tylko, że gwóźdź wbił w głowach w wieko, ale nie wiadomo, czy po stronie prawéj czy lewéj, a wielce się o to rozchodzi, czy otwór w wieku trumny (który zapewne jeszcze da się wykryć) przypadał po téj saméj stronie po któréj na trupie znaleziono otwór w czaszce (w lewéj kości ciemieniowéj według protokółu sekcyjnego).

b) Przypuściwszy, że gwóźdź wbity został istotnie po stronie lewéj, wypada sprawdzić, czy wieko tak przylegało

do głowy, iż gwóźdź na 1—1 ½ cala na wewnątrz sterczący musiał wbić się w głowę.

c) Ponieważ trup miał na głowie czepek, wypada zbadać, czy w tym czepku nie znajduje się przypadkiem otwór od gwoździa pochodzić mogący.

2. Wypada sprawdzić, czém Jakób B. wbił gwóźdź do wieka, a w szczególności czy siekierą i jaką siłą.

3. Wreszcie uprasza Wydział o załączenie gwoździa cmentarnego, złożonego do aktów śledztwa.

W skutek téj odezwy Wydziału Sąd polecił tym samym co pierwéj obducentom przedsięwziąć ponowne oględziny ciała Wiktoryi O., co téż d. 8 kwietnia nastąpiło. Sprawdzono nasamprzód otwór w wieku trumny, zaczerniały, czworoboczny; otwór ten znajdował się prawie w środku wieka. Natomiast nie można było sprawdzić, czy otwór czaszki odpowiadał otworowi wieka w zwykłém położeniu trupa, ponieważ sklepienie czaszki leżało osobno, a ciało nie zajmowało téj saméj pozycyi co dawniéj. Na czepku zresztą nie uszkodzonym i jakby nowym znaleziono otwór wielkości bobu. Grubarz ponownie przesłuchany podał, że gwóźdz wbił do trumny obuchem siekiery. Gwóźdź sam tym razem Sąd załączył do aktów; jestto zwykły, długi i zardzewiały gwóźdź, którym otwór w czaszce można było zdziałać.

Na podstawie tych wszystkich wywiadów orzeczenie przez Wydział wydane opiewało:

Sekcyja wykazała tylko jednę zmianę (Nr. 9 prot. sekc.), która powstać mogła za życia Wiktoryi O., a mianowicie podbiegnięcie powłok na tyłogłowiu. Podbiegnięcie to powstało w skutek uderzenia narzędziem tępém i stanowi lekkie uszkodzenie, ze śmiercią w związku nie pozostające, ale mogło powstać także skutkiem upadnięcia i uderzenia się o podłogę.

Ponieważ innych zmian, za życia powstałych, protokół sekcyjny nie podaje, Wydział Lekarski nie jest w stanie wyjaśnić, jaka była przyczyna śmierci Wiktoryi O.

2. Natomiast zdaniem Wydziału nie ulega żadnéj wątpliwości, że przebicie gwoździem czaszki, opon mózgowych i mózgu nastąpiło dopiero po śmierci Wiktoryi O., a więc ze śmiercią jéj w żadnym nie pozostaje związku. Dowodzą tego następujące okoliczności:

a) Doświadczenia robione w tutejszym zakładzie sądowolekarskim wykazały, że do wbicia gwoździa, do pierwszéj odezwy dołączonego, potrzeba wielkiéj siły i użycia młota lub raczéj siekiery, poczém wydobywanie gwoździa okazało się tak trudném, że aż koniec się odłamał i pozostał w kości. Trudno jednak przypuścić, aby na osobie żyjącéj a do obrony zdolnéj można było dopuścić się podobnego rękoczynu a następnie gwóźdź wyciągnąć.

b) Już wcale niepodobném jest przypuszczenie, aby osoba, na któréj takiego czynu się dopuszczono, była w stanie wydalić się z domu, szukać noclegu, powrócić zrana do domu i td.

c) Przemawiają przeciw temu przypuszczeniu zachowanie się Wiktoryi O. po pobiciu, nie użalanie się na ból głowy, a głównie cały bieg choroby.

d) Rany głowowéj nie widział nikt u Wiktoryi O. przed jéj pochowaniem.

e) Oglądacz zmarłéj a późniejszy obducent stanowczo podaje, że obejrzał i głowę a rany nie widział.

f) Zeznanie grubarza, że on to wbił gwóźdź w głowy trumny celem wydobycia jéj z grobu, a wbił go ze siłą za pomocą siekiery; wydostanie się zaś gwoździa bez szwanku z czaszki tłumaczy się bardzo dobrze nagłém oderwaniem wieka trumny.

g) Przez ekshumacyję sprawdzono, że trumna została przebitą i że na czepku nowym, który Wiktoryja O. miała na głowie, znaleziono otwór wielkości bobu. Wynik tych oględzin nie przemawia żadną miarą przeciw przypuszczeniu, że przebicie czaszki nastąpiło dopiero w grobie.

h) Protokół sekcyjny nie wspomina o żadnych zmianach wzdłuż kanału rany głowowéj, ani też w samym kanale.

Przypadek ten, zrazu niezrozumiały, został dostatecznie wyjaśniony o tyle, że można było stanowczo orzec, że kobieta nie umarła w skutek przebicia czaszki; tak więc Wydział mógł przyczynić się do uwolnienia człowieka od zarzutu niesłusznego a tak ciężkiego. Zbyteczna powtórzyć wszystkie sprzeczności, w które obfitował przypadek ten w samym zawiązku, a które koniecznie musiały zwrócić na siebie uwagę; sprzeczności te z jednéj, a niezwykłe zdarzenie przypadkowego przebicia czaszki trupa śród ekshumacyi składały się na trudność rozwiązania zagadki.

Z tém wszystkiém nierozwiązane pozostało pytanie główne, jaka była przyczyna śmierci Wiktoryi O. Pomiędzy jéj śmiercią a pobiciem, którego doznała w wiliję śmierci, zdaje się istnieć związek przyczynowy; wszakże od chwili pobicia aż do zgonu przez kilkanaście godzin bez przerwy niedomagała, skarżąc się ciągle na ból w brzuchu i klatce piersiowéj; jednak protokół sekcyjny nie wymienia żadnych zmian, któreby śmierć wytłumaczyć mogły. Chcąc więc przypuścić związek przyczynowy, wypadało wdać się w domysły, co nie jest zadaniem Wydziału, orzekającego tylko na podstawie tego, co znajduje w aktach. O wiele trudniejszém w téj mierze jest zadanie Wydziału od zadania obducenta. Prędzéj wdawać się może w przypuszczenia ostatni, bo badając sam zwłoki, choć czasem nie opisze wszystkiego tego, co spostrzegał, może jednak posunąć się nieco daléj w przekonaniu, że daje wyraz temu, co widział i co sobie według wiedzy i sumienia swego tłumaczy. Wydział zaś, który ma przed sobą tylko akta, trzymać się musi zasady, którą autor pierwszego traktatu sądowolekarskiego, Ambroży Paré, stosuje do prawników: oni sądzą według tego, co im chirurg podaje!

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Braus: **Śmierć w skutek nadmiarowego wcierania szaruchy.**

Wśród wcierania szaruchy wydarzają się nieraz ostre zatrucia, wywolujące groźne objawy ze strony żołądka i kiszek. Chory przedstawia obraz ciężkiego schorzenia; skóra blada, lepkim potem okryta, na twarzy wyryte głębokie cierpienie, język obłożony, pragnienie wielkie, dreszcze i gorąco naprzemian. Uczucie ciśnienia i pełności w żołądku, stolec zaparty, to znów biegunka połączona z uporczywém parciem, ostre, przeszywające bóle w brzuchu, nudności, wymioty. Ciepłota 38°—39°C., puls przyspieszony. Najdotkliwszy objaw u wszystkich chorych jest ogromny ból w brzuchu i ciągle parcie na stolec. Wypróżnienia z początku rzadkie, późniéj śluzowe, często z krwią pomięszane. Brak apetytu a raczéj wstręt do jadła. Zmiany w jamie ust mogą być nieznaczne lub nawet brak takowych.

Objawy te zazwyczaj powstają nagle, a chorzy przypisują je zawsze przeziębieniu lub błędowi w dyjecie w rzeczywistości zaś jestto zatrucie w skutek zbiorowego działania rtęci.

Leczenie w tych razach najodpowiedniejsze: usunięcie szaruchy, a nawet należycie zmyć miejsca wcierania, kąpiele parowe, a gdy istnieje przeciwwskazanie, kąpiele ciepłe z zawijaniami w koce, aby sprowadzić poty. Przeciw objawom kiszkowym: opijum, gorące okłady na brzuch, wewnętrznie kawałki lodu połykać. Zatrucie występuje najczęściéj po silniejszych dawkach szaruchy (4—5—6gr.), szczególniéj, gdy robiono wcierania nieoględnie i bez kontroli lekarza.

Dr. Braus z Akwisgranu opisuje dwa przypadki, które po nadmiarowém wcieraniu zakończyły się śmiercią.

1. Chory, l. 32, od 3 tygodni wcierał po 5grm. *Ung. cincr.* z powodu *Angina syphilitica*, w ostatnich dniach chcąc kuracyję przyspieszyć, wcierał dziennie po 10 gr. bez wiedzy lekarza. Pewnego poranku zawezwany lekarz znalazł chorego wijącego się z bólów w brzuchu, przyczém towarzyszyło dotkliwe parcie na stolec i mocz. Twarz zapadła, blada, język grubym mułem okryty, *foetor ex ore*; brzuch silnie wydęty, twardy, przy lekkim dotyku bardzo bolesny, odnogi zimne lepkim potem okryte, ciepłota 38, puls 82. Po trzech dniach męczarni zakończył życie wśród objawów zgorzelinowego zapalenia kiszek.

2. Chory 45 lat, silny i zdrów. Po 5ciu tygodniach wcierek w miejscu kąpielowém zaprzestał takowych z powodu zaburzeń w narządzie trawienia, co lekarz przypisywał zaziębieniu. Chory opuszcza więc zakład kąpielowy i w domu bez dalszéj kontroli lekarza wciera codziennie po 5grm. i usta płucze *c. Kali chloric.* Przez cały ten czas cierpi to obstrukcyję, to rozwolnienie, połączone z parciem na stolec. Pewnéj nocy występuje ból w brzuchu, wzmagający się ciągle, tak że chory krzyczy i wije się w łóżku. Lekarz wezwany znalazł objawy zapadu, brzuch silnie wzdęty, bolesny przy dotknięciu, uczucie przestrachu. Ciepłota 39°, puls 112. Zmiany w jamie ust nieznaczne, a głównie skarży się chory na boleści w brzuchu i parcie. Leczenie *Tr. opii*, wstrzykiwania morfinu, okłady lodowe na brzuch, wewnętrznie kawałki lodu, szampan. Z dnia na dzień wzdęcie brzucha większe, coraz większy zapad, senność i wśród majaczeń chory zakończył życie. Sekcyja wykazała: zapalenie kiszek cienkich i grubych oraz otrzewny. Największe zmiany były w jelicie czczém w postaci owrzodzeń, wynaczynień. Treść kiszki składała się z skąpéj ilości cieczy śluzowéj, krwią zabarwionéj. Najwybitniejszym objawem było nadmierne wydęcie kiszek, jakie się tylko napotyka przy niedrożności jelit, tu przeciwnie drożność wszędzie zachowana.

Z opisanych przypadków wynika, że wskazówką przy kuracyi rtęciowéj nietylko winno być ślinienie, ale że już przy najmniejszém zaburzeniu trawienia trzeba leczenie przerwać na czas pewien. Gwałtowne objawy merkuryjalizmu są wynikiem działania zbiorowego, które znów zależy od ilości zużytéj maści, z drugiéj zaś strony od indywidualności chorego i od różnych okoliczności towarzyszących leczeniu, a mianowicie: sposobu i siły wcierania, czasu, powietrza, ciepłoty, ruchu, ubrania, pożywienia. Na te czynniki musi lekarz zwracać pilną baczność, szczególniéj, gdy używa silniejszych dawek maści. Odpowiednie leczenie pierwszych objawów zatrucia ustrzeże zawsze od smutnych następstw. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1887, Nr. 27). *Dr. Buzdygan.*

Medycyna sądowa.

Prof. Falk (w Berlinie): **O wpływie ciepłoty niskiéj na barwę krwi.**

Autor przedewszystkiém stwierdza spostrzeżenie Blosfelda, Ogstona i sprawozdawcy, że na trupach, które podlegały wpływowi zimna, występują plamy pośmiertne jasnoczerwone. Ponieważ zapatrywanie Samsona-Himmelstierna i E. Hofmanna, według których plamy te jaśniejsze są następstwem odtajania trupa, okazało się mylném, kwestyja co do przyczyny tego zjawiska jest jeszcze otwartą.

Faktem jest, że do powstania barwy jasnoczerwonéj nie potrzeba wcale, aby krew aż zmarzła. Że ta zmiana stanu skupienia wywiera znaczny wpływ na barwę krwi, z góry nie można było wykluczyć, albowiem z jednéj strony Pouchet podał, że skutkiem urazu ciałka krwi doznają zmiany postaciowéj, a z drugiéj obecność we krwi kryształków lodowych mogła mieć znaczenie. Obserwacyja jednak przemawia przeciw temu wpływowi, albowiem Kühne i Hofmann wspominają, że po jednorazowém zamrożeniu krwi nie występuje zmiana w barwie hemoglobiny, a doświadczenia autora zgadzają się z temi spostrzeżeniami.

Ale i bez zamrożenia można widzieć pod wpływem zimna jasnoczerwone zabarwienie krwi plam trupich, a wtedy przypuścić można, że tkanka skórna skutkiem zimna staje się bardziéj przeźroczystą i przez to krwi znajdującéj się w głębszych warstwach skórnych pozwala przeświecać w czystéj swéj barwie. Jednak do powstania barwy jaśniejszéj nie potrzeba wcale, aby skóra była zmarzniętą i dla tego przyczyny zjawiska należy raczéj szukać w stosunkach krwi niezmarzniętéj, w częściach obwodowych ciała znajdującéj się.

Zdawaćby się mogło, że przyczyną zjawiska w mowie będącego jest zmiana postaci ciałek krwi, wywołana przez ciepłotę niską. Przeciw temu przypuszczeniu atoli przemawiają dwie okoliczności: raz wykazał Manassein, że pod wpływem zimna ciałka krwi zwiększają swój objęt (prawdopodobnie przez pęcznienie kosztem plazmy), i z tego powodu, gdyby wpływ ich się uwidocznił, barwa krwi musiałaby stać się ciemniejszą; powtóre, doświadczenia pouczają, że w epruwetce pod wpływem zimna zabarwienie jasnoczerwone krwi postępuje od góry ku dołowi powoli, a okoliczność ta wyklucza możność, że przyczyną zjawiska jest zmiana postaci ciałek krwi, bo w takim razie zmiana barwy musiałaby nastąpić jednostajnie w całéj treści epruwetki, ponieważ zimno działa wszędzie jednostajnie. Właśnie to postępowanie barwy jaśniejszéj z góry na dół nie dopuszcza wątpliwości, że powietrze odgrywa tu rolę stanowczą i że barwa jaśniejsza jest wynikiem wzbogacenia się hemoglobiny tlenem.

Wiadomo, jaki wpływ wywiera tlen na barwę krwi; wszakże i ciemna barwa krwi trupiéj zwykléj polega na pośmiertném pochłanianiu tlenu. Pochłanianie to, jak wykazał Regnard, jest najmniejszém przy 0°, postępuje aż do 40° a ustaje znów zupełnie przy 60°. W ten sposób można wytłumaczyć, dla czego krew jasna w chwili śmierci pod wpływem szybkiego działania zimna barwę swoją zachowuje, ale nie podobna wytłumaczyć, dla czego krew już odtleniona staje się jasną pod wpływem zimna, ani téż dla czego krew przedewszystkiém okazuje się jaśniejszą w częściach obwodowych, skórnych. Zjawisko to naprowadza na znaczenie dyfuzyi tlenu przez skórę.

Dowiedzioną jest rzeczą, że wszystkie gazy, a więc i tlen, przenikają skórę nietylko za życia, ale i po śmierci. Pflüger zaś wykazał, że tlen przez dyfuzyję dostawszy się do krwi tém energiczniéj zostaje zatrzymanym, im niższą jest ciepłota. Zjawisko to Donders podporządkował pod ogólne prawa dysocyjacyi, z których wynika, że tlen w tym samym stopniu wiąże się z hemoglobiną, w jakim odłączenie się jest utrudnioném. Dodawszy do krwi środki odtleniające widzimy,

że odtlenienie w ciepłocie niskiéj o wiele późniéj następuje niż przy ciepłocie wyższéj.

Pomimo niskiéj ciepłoty nie wystąpi atoli zabarwienie jaśniejsze, jeżeli w chwili, gdy zimno działać poczyna, rozpad trupa już był postąpił. Zgnilizna bowiem nierównie prędzéj pochłania tlen aniżeli to czynią tkanki żyjące; nawet jeszcze przy 0° pochłania ona tlen przez dyfuzyję do krwi dostający się. Nadto zgnilizna wywołuje rozpad ciałek krwi, a możność spostrzegania jaśniejszego zabarwienia zależy od obecności ciałek krwi połyskujących.

Tak więc tłumaczy się jaśniejsza barwa krwi, przy powstaniu któréj zmienia się tylko zawartość gazu hemoglobiny.

Za tém powstaniem przemawia także spostrzeżenie Blosfelda i Ogstona, że pod wpływem zimna i krew w płucach nabiera barwy jaśniejszéj, a mylném jest tylko zdanie Ogstona, że obraz ten płuc cechuje śmierć ze zmarznięcia. W organach zaś głębszych, do których tlen nie tak łatwo dostać się może, barwa krwi, jak na to sprawozdawca zwrócił uwagę, rzadko okazuje się jaśniejszą. Być może, że rzecz ma się inaczéj, jeżeli w chwili śmierci krew jest jasnoczerwoną a trup odrazu i trwale narażony zostaje na działanie zimna? Schmidt podał, że krew w sercu zwierząt ciepłokrwistych przy śmierci z ochłodzenia zawiera dużo hemoglobiny tlennéj; jeżeli, jak za tém przemawiać się zdają doświadczenia autora, umyślnie na zwierzętach robione, podanie to jest uzasadnione, wtedy z prawdopodobieństwem możnaby wnosić o śmierci ze zmarznięcia, jeżeli w trupie, który narażony był na działanie zimna, znajdziemy krew jasnoczerwoną i w sercu, a jeżeli można wykluczyć działanie trucizn, które według doświadczenia wywołują jasnoczerwone zabarwienie krwi. Ponieważ jednak u ludzi notoryjnie lub bardzo prawdopodobnie zmarłych ze zmarznięcia sekcyje wykazują czasem krew prawidłowo lub nawet ciemniéj zabarwioną, więc tylko obecność barwy jasnéj przemawiałaby za tym rodzajem śmierci, podczas gdy brak tego zabarwienia nie wykluczałby śmierci ze zmarznięcia. (*Viertelj. f. ger. Medicin,* T. 47, z. 1, 1887). *L. Blumenstok.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

VIII.

Omówienie sposobów i środków używanych przez mieszkańców Persyi w celu zapobieżenia rozwojowi stanów chorobowych lub zwalczenia już powstałych, będzie stanowić przedmiot ostatniego szkicu mojéj sanitarnéj wycieczki wzdłuż ciekawéj téj krainy. Podobnie do innych ludów dalekiego Wschodu nazywanym przez nas zacofanemi, Pers jakkolwiek pozostaje w stosunkach handlowych z Arabem i Indyjaninem, że pijąc herbatę, wie o istnieniu państwa niebieskiego, żartując z wpływów tureckich, adoruje angielskie i rosyjskie, to jednak w swych zapatrywaniach na działalność machiny ludzkiéj i nieuniknione jéj znużenie, wyrobił sobie odmienne zupełnie zdanie od tego, jakie spotykamy u innych pokrewnych mu lub sąsiadujących szczepów. Dla niego też każde z cierpień, czy to umiejscowionych, czy ogólnych, nie jest podług upowszechnionego na Wschodzie mniemania dziełem mściwego lub tylko złośliwego „szajtana,“ lecz jestto stan będący następstwem osłabienia lub zużycia tego lub owego organu lub też całego ustroju w chorobach wewnętrznych, wypadkiem zaś w stanach należących do zakresu chirurgii, błogosławieństwem w chwili utraty zmysłów. W jaki jednak sposób następuje owe zużycie się siły ustrojowéj, czy znajduje się możność zapobieżenia złemu? o to niezwykło się dbać, dając tego wyraźny dowód w pogardzie higijeny ogólnéj, a z wyjątkami tylko i prywatnéj. Dopóki więc wszystkie tak zwane „aliaty“ (systemy) funkcyjonują w ustroju prawidłowo, dopóty należy prowadzić życie wesołe i nie unikać sposobności do zaznaczenia każdego dnia a przynajmniéj tygodnia jakąś upajającą zmysły rozrywką. Gdy zaś uczuje się choćby najmniejszą luźność w tym lub innym narządzie, wtedy nie przebierając w środkach pomocniczych leczyć się z całą usilnością, znosząc cierpienie z godną podziwu wytrwałością. Dewiza ta, stanowiąca niejako podstawę bytu Persa jest téż powszechnie obserwowaną. I ona to tłumaczy nam ową niezmierną ilość leczących się lub żądających pomocy, a niemniéj téż i licznych tutejszych doradzców. Na niéj téż, jak to wkrótce wykażę, opiera się cała perska terapija, zależąca przeważnie na przypisywaniu szczególnych własności i cudownych skutków środkom swojskiego pochodzenia, temu wszystkiemu co ręka człowieka zdołała wydobyć z trzech królestw natury, przy niezwalczonym braku zaufania do tego znowu, co pochodzi nie tylko z Europy, ale z Indyj nawet. Ten rodzaj przywiązania do wszystkiego co swojskie zasługiwałby na wszelkie uznanie, gdyby tylko ludzie, którym dostało się tu w udziale ciągnąć zyski materyjalne z łatwowiernego ogółu, lecząc go środkami li tylko miejscowemi, posiadali więcéj zdolności do zużytkowania tych niezmiernych zasobów, jakie kraj posiada i gdyby zachowywali większą sumienność tak w ich przeróbce jak i zastosowaniu. Lecz w obec zupełnie przeciwnych danych odrazu nasuwa się pytanie: zkąd się jednak bierze, gdzie się właściwie rekrutuje owa tak znaczna ilość leczących, jakich tu wszędzie spotykałem; ludzi bez najmniejszego wykształcenia, posiadających jednak pełne zaufanie ludności i nierzadko zajmujących wydatne stanowiska w perskiém społeczeństwie? Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, wypadało mi uwierzyć, że w Persyi nie tylko pewne stany patologiczne przenoszą się drogą dziedziczną na dalsze pokolenia, że nie tylko talenta, ale nawet i rzemiosła z tegoż samego źródła wyprowadzają swe pochodzenie, czyli wyraźniéj określając zabawną i ciekawą tę kwestyję, że jakiéj profesyi oddawał się dziad lub ojciec, wnuk i syn tradycyjnym zwyczajem są niejako obowiązani daléj ją kontynuować. Uwzględniając brak szkół fachowych, niewiele da się zarzucić powszechnie praktykowanemu zwyczajowi przeznaczania przyszłéj karyjery synom już od chwili przyjścia chłopaka na świat. Lecz wypadałoby się spodziewać, że ciż sami ojcowie, co przez długoletnią praktykę nabyli już pewnego doświadczenia w tym lub owym kierunku swojskiego leczenia, wszystkiego co im wpadło pod rękę, usiłowali radą lub opowiadaniem wtajemniczyć niejako swych synów w sposoby traktowania cierpiących współobywateli. Temu jednak opiera się upokorzenie i poważanie głowy rodziny, a ztąd i zakaz przypatrywania się choćby tylko czynnościom starszych. Dopóki więc żyje ojciec-samouk, synowi stanowczo jest wzbronioném korzystanie z jego wiadomości. Wprawdzie jeżeli wytrawiony latami praktyk zdobył sobie pewną opinije, jeżeli, jak to się u nas powiada, jest wziętym doradzcą, wtedy już i na syna spływa pewne znaczenie, już i jemu przyznaje ludność pewne zdolności, czekające tylko stosownéj chwili, aby zachmurzyć widownię czynu. Chwilą zaś taką bywa zwykle zgon głowy rodziny, zaznaczający początek

karyjery pozostałych jéj członków. Najstarszy też z nich pospiesza przywdziać ojcowską *dżubę* (płaszcz z wielbłądziéj sierści), zasiąść na materacyku przezeń zajmowanym i po tego rodzaju doktoryzacyi, otrzymawszy życzenia krewnych i przyjaciół, rozpocząć pogonkę za kołem fortuny. Nieraz powołany do lepszego bytu praktyk pozostawia stosy papierowych szpargałów, kilkanaście buteleczek i pewną ilość drewnianych pudełek, wypełnionych kwiatami, zwiędłemi roślinami lub proszkami. Wtedyto sukcesor z dumą zabiera się do ich rozpatrzenia, za pośrednictwem jakiegoś duchownego odczytuje notatki, rozpoznaje zawartość pudełeczek i żądny wiadomości przyswoiwszy sobie cośkolwiek uzbraja się w perską monotonną powagę i już bez obawy rozpoczyna radzenie i leczenie najbardziéj łatwowiernych. Najczęściéj jednak tak bywa, że scheda nic nie wykaże z zasobów leczniczych. Sytuacyja wtedy jakkolwiek trudniejsza jednak nie zraża. Pamięć i powołanie się na zasady problematycznego hekima Lokmana, na powagę Ibn-Rasz (Avicenny), wystarczają zwykle do zyskania sobie pewnéj gromadki adeptów. Ci zaś bardziéj względni, aniżeli jakto bywa wpośród społeczeństw ucywilizowanych po zachodniemu, chętnie poddają się i znoszą doświadczenia, a tém samém i bardzo ułatwiają zadanie początkującego. Często bardzo zdarzyło mi się spijać herbatę z tego rodzaju perskimi kolegami. I gdy ich zapytywałem, jak sobie radzą i czém się kierują pośród licznéj nieraz klijenteli, jak się im udaje utrzymać pewną renomę? zawsze mi odpowiadano przytoczeniem zdania Lokmana, który raz zapytany, czemu zawdzięcza swą wziętość, odpowiedział, braniu przykładu ze ślepych! Może w tém perskiém przysłowiu tkwi nieco i gorzkiéj ironii. Nie mniéj jednak uważam ją za dość bliską prawdy. Bo nie inaczéj postępuje sobie perski doradzca samouk, działając na ślepo i nie mając innego kostura jak przekonanie o wpływie dziedzicznym, utrzymującym go w pewności, że jest usposobiony do leczenia i że doświadczenie przeprowadzone na łatwowiernych dopełni reszty. Ta też klasa uczonych perskich po kaście duchownych jest tu najbardziéj rozgałęzioną. Pomijam już większe miasta, gdzie tak w bazarze jak i towarzystwie występuje ona gromadnie. Ale w każdym zakątku kraju spotyka się tych praktyków jużto ustalonych, jużto wędrownych, cieszących się powodzeniem lub imponujących opowiadaniem widzianego, roznoszących rośliny lub przygotowujących z nich specyjały lecznicze. Pospólstwo garnie się ku nim. Słucha i wykonywa wskazania i nie zapuszczając się w dochodzenia, jak głębokim jest talent doradzców, wynagradza ich dopiero po doznanym skutku. Zmuszeni więc do poddania się téj praktycznéj zasadzie tutejszéj ludności, że rada otrzymuje się darmo, a skutek zasługuje tylko na wynagrodzenie, daléj z obawy, ażeby nie stracić tak klijenta jak i szczupłego choćby tylko dochodu, niektórzy ze zręczniejszych tutejszych praktyków starają się zyskać sobie najprzód względy kobiet jednego z zamożniejszych *heuderunów*. Wiedząc z doświadczenia innych, że każda z trzymanych w klatce ptaszyn zawsze na coś się uskarża, niczego więc nie zaniedbują ku ułatwieniu sobie wstępu do zaczarowanych przestrzeni. Zrazu bywa to trudném. Lecz siłą wymowy, opowiadaniem, zachwalaniem środków i sposobów, jakie posiadają, udaje się im wreszcie przedostać do jakiejś bardziéj natarczywéj klijentki, któréj niedomaganie złagodzone, choćby na chwilę, zapewnia odrazu przyszłą sytuacyję doradzcy, a co najmniéj nadaje mu prawo noszenia nazwy *hekim-saab*, z dodatkiem do imienia tytułu *mirzy*. Inni znowu strojąc się w obszerny zawój lub czarną barankową *kape*, wyższą nad przyjętą zwyczajem miarę; zarzucając obszerny płaszcz, zakładając za pas zwitkę papieru i nieodstępny *kalemdar* (piórnik); wreszcie trefiąc brodę na żółto a dłonie ręki na brunatno, nadają sobie tak głęboką, ale też i tak zabawną powagę, że choć nie znają bohatera komedyi molierowskiéj, są jednak prawdziwém jego odźwierciedleniem. (C. d. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Z kolei przechodzimy do następnego działu: szpitalnego. Nie można powiedzieć, aby był świetnie obesłanym, ale jak na nasze stosunki przedstawiał się dobrze. Liczba szpitali w Królestwie nie jest znaczną, a nawet właściwie mówiąc, stosunkowo do rozległości i ludności, małą, a nadto w wystawie wzięły udział tylko szpitale warszawskie: szpital św. Ducha, Dzieciątka Jezus, ewangelicki, izraelicki i szpital dla dzieci, oraz kilku lekarzy i fabrykantów. Przedmioty do tego działu należące były dość rozrzucone, a kilka wystaw właściwie tu należących bez słusznych zdaniem naszém powodów zaliczono do innych działów, co wielce rozpatrzenie się utrudniało. Jeżeli ogólnie rzecz biorąc wystawa nie była w tym dziale liczną, to mimo to znajdowały się rzeczy mogące lekarzy zainteresować, a wystawione modele urządzeń szpitalnych ogółowi publiczności dawały sposobność przekonania się, że szpitale nie są miejscami tak strasznemi, za jakie zazwyczaj je uważają, ale że ład i porządek w nich stwarzają warunki sprzyjające wyleczeniu, jakich chory nieraz nawet zamożniejszy w domu mieć nie może; niezawodnie też wystawa ta przyczyni się do wykorzenienia wielu uprzedzeń przeciw szpitalom. Czas nie pozwolił nam zanotować wszystkich przedmiotów, któreby na uwagę zasługiwały, podniesiemy zatém tylko te, które nas uderzyły przy pobieżném oglądaniu wystawy; to niech nas usprawiedliwi, jeżeli może coś uwagi godnego pominiemy.

Warszawski zarząd okręgowy Towarzystwa Czerwonego Krzyża wystawił model i plan baraku cesarza Aleksandra II. Barak ten wzorowo urządzony przeznaczonym jest na 20 a względnie 24 chirurgicznych przypadków bez różnicy stanu i wyznania i funkcyjonuje od 20 grudnia 1885 r. Między innemi przedmiotami ze szpitala tego wystawiono nader praktyczny stolik dla chorych okraczający łóżko, a tak urządzony, iż chorzy nie podnosząc się mogą jeść, czytać lub coś pracować. Zasługuje również na wzmiankę stolik o szklanym blacie a żelaznych nogach, przeznaczony do pomieszczenia na nim narzędzi w czasie operacyi.

Szpital warszawski dla dzieci wystawił model jednego piętra i różne plany budynków oraz urządzenia; z pomiędzy nich zwróciła naszą uwagę ławeczka posuwająca się po drutach stanowiących poręcze łóżek dziecięcych a zastępująca stolik; podobnego urządzenia nie zdarzyło nam się widzieć, a zdaje się ono być bardzo praktycznem.

Szpital Dzieciątka Jezus wystawił wiele rzeczy, planów, opisów, ale uwagę każdego zwiedzającego zwracała głównie sala operacyjna oddziału Dra Krajewskiego, któréj szczegóły urządzenia odpowiadają tegoczesnym wymaganiom antyseptyki.

W wystawie szpitala św. Ducha uderzył nas fotel dla astmatyków noszący na sobie cechy praktyczności.

Inne szpitale nie wystawiły nic, coby na wzmiankę zasługiwało.

Z pomiędzy przedmiotów wystawionych przez pojedynczych wystawców zasługuje na zanotowanie mapa Królestwa polskiego, przedstawiająca miejscowości, w których są szpitale cywilne, wystawiona przez Dra Lubelskiego, a dająca pogląd, jak mało stosunkowo szpitali w kraju istnieje.

Sporym był zasób wystawionych stołów operacyjnych, przyrządów do antyseptycznych opatrunków i środków opatrunkowych, aby się jednak w ocenę tychże wdawać lub omawiać ich zalety albo wady, trzeba być zawodowym chirurgiem i widzieć te rzeczy w ich zastosowaniu, dla tego opuszczamy je równie jak i dział dentystyczny. Do działu szpitalnego zaliczone zostały zakłady wód mineralnych, których znaczny poczet wziął w wystawie udział wystawiając prócz wód i przetworów z nich wyrabianych, plany zakładów, domów, urządzeń kąpielowych, fotografije i broszury. Pierwsze miejsce zdaje się trzyma na tém polu Ciechocinek. Znalazły się na wystawie nawet wody dotąd nieeksploatowane i nieurządzone, np. woda żelezista z Ojcowa.

Aczkolwiek zakład szczepienia ospy ochronnéj Dra Mączewskiego zaliczony był urzędownie do działu wychowawczego, to nie wspomnieliśmy tam o nim, bo z natury rzeczy zdaje się naturalniejszém zaliczenie go do działu szpitalnego. Wystawa tego zakładu mieściła się w osobnym pawilonie i obejmowała wszystko, co się odnosi do szczepienia jałówek, zbierania krowianki i szczepienia dzieci. Byłto znów bardzo dobry środek propagowania szczepienia ochronnego, któremu przez urządzenie osobnego pawilonu nadano odpowiednie znaczenie. Do działu téż szpitalnego zdaje się winna była należeć wystawa bakteryjologicznéj pracowni Dra Bujwida, którą urzędownie zaliczono do następnego działu: przemysłowego. W osobném odgrodzeniu pawilonu głównego mieściła się ta wystawa, która licznych do siebie pociągała ciekawych, słuchających z zajęciem wykładów i objaśnień niestrudzonego w tym względzie wystawcy. Wystawa obejmowała wszystko, co się odnosi do bakteryjologii i bakteryjoterapii. Praktycznie przedstawiane szczepienie ochronne wścieklizny metodą Pasteura, jako cieszące się obecnie rozgłosem, najwięcéj zwracało uwagi ze strony niezawodowéj publiczności, gdy zwiedzający znów lekarze z zajęciem oglądali różne przybory i środki odżywcze do hodowli i badania bakteryj.

Na zakończenie tego nader pobieżnego przeglądu działu szpitalnego wspomnieć jeszcze wypada o wystawionych przez pp. Chudzyńskiego, Szokalskiego i Żarskiego barakach przenośnych i łatwo rozbieralnych, nadających się wielce do czasowego użytku.

Do następnego działu przemysłowego dołączono także oddział odzieży. Dział ten jak w ogóle na wszystkich wystawach, mimo całéj ważności higijeny przemysłowéj, nie był liczny, a co się tyczy higijeny ubioru był stosunkowo bardzo słabo reprezentowany. Najwybitniejsze miejsce zajmowały wystawy dróg żelaznych nadwiślańskiéj i warszawsko-wiedeńskiéj. Dr. Lasocki, lekarz naczelny pierwszéj z nich w imieniu Dyrekcyi wystawił model izby felczerskiéj i przyrządy ratunkowe, oraz modele wagonu sanitarnego pociągowego i przytułku dla dotkniętych cholerą złożonego z 3ch wagonów, nadto wentylatory wagonowe i przyrządy do badania wzroku u służby kolejowéj co do zdolności rozróżniania barw. Wszystkie te okazy świadczyły o dbałości zarządu sanitarnego téj kolei.

Droga żelazna warszawsko-wiedeńska, któréj lekarzem naczelnym jest Dr. Śliwicki, wystawiła model izby ratunkowéj, oraz zarys organizacyi ratunkowéj istniejącéj na drodze warszawsko-wiedeńskiéj i bydgoskiéj dobrze świadczące o staranności zarządu.

Trzecim głównym wystawcą tego działu była fabryczna inspekcyja okręgu warszawskiego (Inspektor Dr. med. Światłowskij), która wystawiła różne przyrządy zabezpieczające robotników od przypadków (jak ochrony od pił) lub od szkodliwości (jak okulary chroniące oczy robotników od pyłu). Akcyjne Towarzystwo Zakładów żyrardowskich wystawiło różne przedmioty odnoszące się do gaszenia pożarów, ćwiczenia i działalności straży ogniowéj, które świadczyły o wielkim rozwoju w tym kierunku wspomnianych zakładów. Przedmioty odnoszące się do ubioru acz ładne i świadczące, iż w tym kierunku istnieje dążenie produkcyi krajowéj do wyparcia produkcyi zagranicznéj, nie przedstawiały nic nowego.

Przechodzimy do ostatniego działu, najmniéj może dla szerszéj publiczności dostępnego, najmniéj licznego, ale mimo to przy głębszém studyjowaniu, do czego jednak więcéj czasu potrzeba, niż się nim na wystawie rozporządza, najwięcéj pouczającego, t. j. do działu statystycznego.

Wystawa tego działu ograniczała się do tablic statystycznych, na których zestawiono liczby odnoszące się do badanych szczegółów statystycznych lub też graficznie przedstawiono otrzymane wyniki. Poczet wystawców nie był liczny, wypełniali go pp. Ciemniewski, Cydzik, Danielewicz, Jędrzejewicz, Kahl i Merunowicz. Tablice p. Danielewicza odnosiły się do ludności m. Warszawy na zasadzie wyników jednodniowego spisu w r. 1882 (zamieszczone w Zdrowiu), do śmiertelności w Warszawie w r. 1886 według wieku, podziału terytoryjalnego miasta, miesięcy i rodzaju chorób. Niektóre dzielnice miasta mają średnią śmiertelność 36 na 1000 mieszk. i rok, a inne 23 na 1000 rocznie. Jestto różnica tak znaczna, że nasuwa myśl, czy zbieranie szczegółów statystycznych z równą wszędzie odbywa się dokładnością. Inna znów tablica p. Daniłewicza dotyczyła śmiertelności w szpitalach od 1879 do 1885 r. Śmiertelność w szpitalach wahała się w tym czasie między 12 a 13·5 ze 100 leczonych. Na innéj znów tablicy zestawił p. Danielewicz stosunki śmiertelności z płonicy, błonicy i duru, jako trzech najważniejszych chorób zakaźnych. Interesującem było też graficzne przedstawienie śmiertelności z pojedynczych chorób odnośnie do ciepłoty i ilości opadów meteorycznych za lata 1884—1886, wykonane przez p. Ciemniewskiego. Tablice Dra Merunowicza były jedynemi, które dotyczyły stosunków innych okolic a nie Królestwa Polskiego, odnosiły się one do Galicyi, przedstawiając średnie ilości urodzonych i zmarłych w ciągu 5 lat, 1878 do 1882, obliczone powiatami w stosunku na 1000 ludności. Ciekawe te i pouczające tablice zamieszczone były w *Zdrowiu*. Również do urodzin, ale w Królestwie Polskiém, odnosiła się jedna z tablic p. Danielewicza. Dr. Kahl z Dąbrowy Górniczéj wystawił mapę zdrowotności Dąbrowy Górniczéj, uwidoczniającą rozpostarcie w okolicy różnych chorób. Więcéj takich map z różnych okolic kraju byłoby pożądaną rzeczą i dopiero byłoby rzucało światło na szerzenie się chorób i przyczyniło do poznania ich źródeł. Odosobniona praca, aczkolwiek pożyteczna, nie może mieć téj doniosłości, co przedstawienie stosunków większego obszaru kraju mimo to zasługuje zawsze jako pożądane usiłowanie na zupełne uznanie.

Oto pobieżny przegląd ważniejszych rzeczy na wystawie higijenicznéj. Nikt zapewne wątpić nie będzie, iż już samo

oglądanie ich było dla wielu pouczającém, a cóż dopiero, jeżeli się zwróci uwagę na znaczenie dydaktyczne, że się tak wyrazimy, na polu higijeny, jakie miały wykłady co do pojedynczych działów miewane przez członków komitetu urządzającego lub wystawców, o których kilkakrotnie mówić nam wypadło. Już samo ułożenie katalogu nie mogło téż być bez pewnego wpływu w tym względzie, gdyż każdy dział poprzedzony był ogólnym rzutem oka na stan nauki co do każdego działu. Jeżeli dodamy do tego, że postarano się nadto o wydawnictwa co do pojedynczych przedmiotów, które po przystępnéj cenie były do nabycia, oraz urządzenie wystaw sekcyjnych, stanowiące charakterystyczną cechę téj wystawy, to nie możemy zakończyć tego sprawozdania jak wyrażeniem pełnéj wdzięczności i uznania dla komitetu, który w nagrodę pracy oby widział rychle skutki swych zabiegów i usiłowań.

Dr. Grabowski.

○ W Nrze 18 z r. b. zamieściliśmy rozporządzenie Dolnoaustryjackiego Namiestnictwa obejmujące przepisy co do pozaurzędowych sekcyj; obecnie ogłasza w Dzienniku ustaw i rozporządzeń krajowych Cz. XII z dnia 15 lipca r. b. c. k. galicyjskie Namiestnictwo w tymże przedmiocie rozporządzenie z. dnia 11 czerwca 1887 L. 26947 obejmujące przepisy zupełnie odpowiadające przepisom zamieszczonym w podaném już przez nas rozporządzeniu Dolno-austryjackiego Namiestnictwa.

* Ze sprawozdania radzcy sekcyjnego Dra Kusego o śmiertelności w Austryi przedlitawskiéj wyjmujemy następujące daty, do Galicyi się odnoszące:

Na 10,000 mieszkańców było w r. 1886 dzieci nieżywo urodzonych: w Krakowie 13·22, Brodach 15·18, Kołomyi 16·07, Tarnowie 16·89, we Lwowie 20·10, Przemyślu 23·41, Stanisławowie 24·52, w Drohobyczu 28·05, (najmniéj bo 1·57 było w Meidlingu pod Wiedniem). Przypadków śmierci gwałtownéj przypada na 10,000 w Austryi średnio 5·10, niżéj średniéj zaś było w Brodach 1·47, Stanisławowie 3·92, Kołomyi 4·31, Tarnowie 4·71, Krakowie 4·73, Drohobyczu 4·76, — wyżéj średniéj w Tarnopolu 5·34, we Lwowie 5·68, Przemyślu 6·80.

* Wybory do pruskich Izb lekarskich odbędą się w listopadzie.

* Prezydent prowincyi w Królewcu zakazał wszelkich publicznych przedstawień magnetycznych lub hypnotycznych.

* W dniach 13 i 14 września odbędzie się w Darmstadzie zebranie Stowarzyszenia niemieckiego, mającego na celu powstrzymanie nadużycia napojów wyskokowych.

○ Niebezpieczną jest rzeczą podawać karmiącym arszenik, bo nadzwyczaj łatwo przechodzi aż do mleka i sprowadza zatrucie dziecka. Biorąc pochop z przypadku śmierci dziecka z tego powodu, w którym mamka przy życiu pozostała, czynił Pouchet doświadczenia nad wpływem arszeniku na mleko kobiece, podając mamkom w szpitalu St. Louis *Sol. Fowleri*. 100 grm. mleka kobiety, która kilka dni po 8 grm. arszeniku zażywała, zawierało 1 grm. arszeniku. Brouardel mógł z wnętrzności zmarłego dziecka nawet 5 grm. arszeniku wyciągnąć.

○ Fryderyk Leo usunął wstrzykiwaniami wodanu chloralowego do odbytnicy uporczywe wymioty u ciężarnych, w przypadku w którym wszelkie możliwe środki okazały się bez wpływu. (*Med. Record*).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego powrócił z wakacyj i objął swoje czynności.

* Prof. Dr. Pareński wyjechał na kilka tygodni do Szwajcaryi.

* W Krynicy było do ostatniego sierpnia gości 3134, w Żegiestowie 946, w Szczawnicy 2633, w Iwoniczu 1381, w Cieplicach czeskich 6884.

○ O ciekawym przypadku nadpłodnienia donosi Nowlin w *The Medical Record*: Przywołano go do rodzącéj murzynki. Porodziła ona bliźnięta, z których każde miało osobną pępowinę i osobne łożysko. Jedno z dzieci było czystym murzynkiem afrykańskiéj rasy, drugie pięknym mulatkiem noszącym już wyraźne cechy kaukazkiéj rasy. Matka i ojciec przedstawiali wybitne typy czysto afrykańskich murzynów. Matka zapytana przyznała, że dnia następnego po spółkowaniu z mężem spółkowała z mężczyzną białéj rasy.

* **Warszawa**. Radca dworu Dr. Włodzimierz Hardin, dotychczas ordynator w oddziale chorób umysłowych w Samarze, mianowany został dyrektorem mającego się budować szpitala dla obłąkanych w Tworkach z płacą roczną 3000 rubli; tymczasowo obejmuje Dr. H. miejsce ordynatora oddziału obłąkanych kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie (*Medycyna*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Dorpat**. Nadzwyczajny prof. Schultze z Heidelbergu potwierdzony został jako zwyczajny prof. kliniki lekarskiéj. — **Jena**. W skutek powołania prof. Hertwiga na drugiego profesora anatomii opisowéj do Berlina opróżnioną katedrę otrzymać ma nadzw. prof. Bardeleben, syn chirurga berlińskiego. — **Kijów**. Prof. nadzw. ginekologii i położnictwa Dr. Rein mianowany prof. zwyczajnym. — **Boston**. Elżbieta Jarzyńska, córka złotnika z Rawy, wychodźcy z r. 1831, została mianowana profesorem ginekologii.

* **Odznaczenia**. Dyrektor szpitala w Czerniowcach, prof. Dr Bazyli Wolan, otrzymał krzyż oficerski orderu korony rumuńskiéj. — Dr. Morel Mackenzie otrzymał od królowéj szlachectwo angielskie z powodu skutecznego leczenia zięcia jéj, ks. Następcy tronu pruskiego. — Prof. Pasteur otrzymał od Cesarza Austryjackiego order korony żelaznéj 3ciéj kl.

* **Nekrologija**. W Salcbrun umarł prymaryjusz wrocławski Dr. Friedländer, w Paryżu zaś Dr. Girand-Teulon, członek Akademii lekarskiéj, znany fizyjolog i okulista. Urodzony w La Rochelle d. 30 maja 1816 r., był wychowańcem szkół politechnicznych w Paryżu i Metzu, a przeszedłszy na medycynę uzyskał stopień doktora w Paryżu w r. 1848. Mianowany komisarzem Rzeczypospolitéj w departamencie Ardèche, wkrótce potém postąpił na prefekta departamentu Hautes-Alpes, na którémto stanowisku pozostał do r. 1851. Późniéj dopiero zasłynął licznemi pracami na polu fizyjologii i patologii oka.

W zamku swoim Lohowa umarł d. 2 bm. radca dworu prof. Dr. Antoni Jaksch Wartenhorst. Urodzony d. 11 kwietnia 1810 w Wartenburgu w Czechach uzyskał w r. 1835 dyplom doktorski w Pradze i otrzymał posadę asystenta przy klinice lekarskiéj; następnie był prymaryjuszem i docentem a w r. 1846 mianowany został prof. kliniki lekarskiéj, na którémto stanowisku pozostał aż do r. 1881. Syn jego Rudolf jest obecnie profesorem chorób dzieci w Gracu.

W Insbruku umarł d. 31 sierpnia radca rządowy i sanitarny Dr. Ferdynand Schott. prof. anatomii patologicznéj w tamecznym uniwersytecie. Urodzony d. 22 stycznia 1830 r. w Schönbrunn pod Wiedniem uzyskał w r. 1854 stopnie doktorskie w Wiedniu, był przez 10 lat asystentem Rokitanskiego, a w r. 1869 mianowany został profesorem w Insbruku, gdzie też od czasu przeniesienia prof. Hofmanna do Wiednia zastępował profesora medycyny sądowéj. W skutek jego śmierci odrazu dwie katedry będą do obsadzenia; katedrę medycyny sądowéj otrzyma zapewne docent Kratter z Gracu.

W Królewcu umarł d. 29 sierpnia prof Dr. Julijusz Moeller, urodzony tamże 7 czerwca 1819 r., był do r. 1863 nadzw. prof. kliniki lek., dyrektorem polikliniki i radcą lekarskim; z powodów politycznych zmuszony był w r. 1863 zrezygnować z posady swojéj.

W Pradze czeskiéj umarł Dr. Loos, b. asystent prof. Seyferta, położnik poważany.

W Jarosławiu nad Wolgą umarł d. 11/23 sierpnia r. b. radca Dr. Wiktor Cezary Sperski, lekarz wojskowy, w 56 roku życia. Zwłoki powszechnie szanowanego i nader skromnego lekarza odprowadzili koledzy na cmentarz „Leontijewskij“ na karawanie, najętym w kościele ewangielickim, bo gminy katolickiéj nie stać jeszcze na swój własny; poświęcenie ciała odbyło się w nowéj kaplicy, powstałéj z zapisu zmarłego w r. 1878 Dra Wołudzkiego, którego wówczas eksportował X. Arcybiskup Feliński. Kaplica piękna kosztowała 13.000 rubli, ale dotąd pozbawiona jest stałego pasterza, którego tym razem internowany

tu X. biskup Hryniewiecki sprowadził umyślnie aż z. m. Tweru. Smutno umierać na obczyznie! *Dr. J. T.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Sokołowskiego: O zwężeniu przymiotowém (syfilitycznêm) tchawicy i oskrzeli (dok.); Pawinskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 36: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych jako dopełnienie prac własnych poprzednich (c. d.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 9: Chelchowskiego: Palpacyja galki ocznéj jako sposób łatwego stwierdzenia wewnętrznych chorób oczu u koni; Seifmana: Trudności napotykane w rozpoznawaniu nosacizny u koni.

Redakcyja otrzymała:

ŚWIEŻOWSKI i WENDA: Materyjały do dziejów farmacyi w dawnéj Polsce, Część III, Warszawa 1887 (Odbitka z „Wiadomości farmaceutycznych"), in 4to str. 118.

(PP. autorowie w części niniejszéj podają wskazówki odnoszące się do naukowego wykształcenia aptekarzy, rys dziejowy farmakopei u nas obowiązujących i ślady społecznego wzniesienia się stanu aptekarzy z dziedziny cechów w dziedzinę specyjalistów, oraz spis aptekarzy polskich. W pracy téj korzystali głównie ze żródeł dotąd niedrukowanych i już z tego powodu praca ich jest nader cenną, stanowiąc ważny przyczynek do historyi farmacyi polskiéj).

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof. I P. Mierzejewskiego. God piatyi, wypusk 1, s tremia litograf. tablicami. St. Petersburg 1887 in 8vo str. 362. Dołączone są: Protokoly zasiedanii obszczestwa psichiatrow w St. Peterburgie za 1886 god. St. Petersburg 1887 str. 79.

Sborník lékařský (Archives Bohêmes de Médecine). Časopis pro pěstování vědy lékařské. Rediguji Dr. Jaroslav Hlava prof. pathol. anat. i Dr. Josef Thomayer prof. vnitř. lék. na c. k. české univ. Pražské. Druhého svazku sešit prvý. V Praze 1887. In 8vo str. 138 z 5 tabl.

(W zeszycie tym mieszczą się prace: Mareša o powstaniu kw. moczowego u człowieka; Gottfrieda: Nieco o kostce soczewkowatéj Sylwiusza; Obrzuta: O komórkach olbrzymich w wilku i mięsaku; Thomayera: Nieco o ruchach zespolonych; Pečirki: O histologii i przyrodzie łuszczycy; Hlavy: O drobnotworach w ospie i Hellicha: O zmianach w rdzeniu, wywołanych przez obrzęki przyrody zakaźnéj. Po każdéj z poszczególnych prac podaną jest wyczerpująca treść w języku francuskim, skutkiem czego rozprawy stają się przystępnemi i dla nieznających języka czeskiego).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

P. Trąbczyński w Winiarach pod Kaliszem, fabrykant wyciągu słodowego poleconego przez Tow. lek. krak., przesłał 50 słoików tegoż wyciągu dla kliniki lekarskiéj, a po 25 słoików dla szpitala św. Łazarza i dla szpitala św. Ludwika, za co imieniem tych instytucyj składam Mu serdeczne podziękowanie.

Kraków 7 września 1887. Prof. Dr. *Korczyński.*

KONKURS.

Posada lekarza gminnego zaraz do objęcia w *Virje* w Kroacyi — roczna płaca 800 zła. oprócz należytości za oględziny umarłych i mięsa. Znajomość języka kroackiego niewymagana. Najodpowiedniejsza posada dla kawalera. Bliższych szczegółów udziela E. Koszałek aptekarz tamże.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 17 Września 1887. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Jeszcze jeden przypadek tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W Nr. 36 i 37 *Przeglądu Lekarskiego* z roku bieżącego podałem trzy nowe przypadki w mowie będącéj wady, z których jeden był operowany (wykonałem sztuczną źrenicę), miałem więc możność poddać badaniu anatomicznemu wyciętą część tęczówki razem z włóknami. Wyniki tego badania jakoteż fakta przez innych badaczy otrzymane dowiodły słuszności zdania, które już w r. 1882 (*Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.*) wypowiedziałem, mianowicie że przetrwanie błony źrenicznéj jest skutkiem nieprawidłowego rozwoju saméj błony u zapłodka, która w istocie rozwija się w tych razach raczéj na wzór tkanki tęczówkowéj, ta zaś nie może następnie uledz zwykłemu zanikowi. Tak więc mamy tu właściwie nie „przetrwanie błony źrenicznéj", lecz nieprawidłowy jéj rozwój. Nieprawidłowość ta o tyle jest częstą, że jak w ostatnim moim artykule wspomniałem, mamy w literaturze obecnie przeszło 140 spostrzeżeń téj wady. O ile postacie, w jakich się wada spostrzegać daje, są rozmaite, zwróciłem na to uwagę w poprzednich artykułach. Obecnie dodam chyba, że w przypadkach dotąd spostrzeganych mieliśmy bądź błony bądź włókna, które albo przykrywały źrenicę a początek swój brały od przedniéj powierzchni tęczówki, daléj zaś stanowiły, że tak powiem przeponę pomiędzy przednią a tylną komórką oka, albo też przyczepiały się do przedniéj torebki soczewkowéj. W literaturze znajdujemy jednak pod tym względem pewne wyjątki. Mianowicie już Beck (*Ammons Zeitschrift*, T. I, Z. 1) opisał przypadek, w którym u 20 letniego mężczyzny w lewém oku znajdowała się środkowa zaćma przodkowéj torebki, zaćmienie błony Descemeta w miejscu odpowiadającém zaćmie i jeszcze kilka odosobnionych zaćmień nieco niżéj położonych. Od górnego zaćmienia kierowało się ku górze przez ciecz wodną naczynie ku górnemu brzegowi źrenicy, dzieliło się w połowie drogi na pięć gałązek, te znów przyczepiały się do tęczówki w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego. Chory twierdził, iż cierpienie było wrodzoném i jakkolwiek z wywiadów prawdopodobném wydać się mogło ropne zapalenie spojówki u noworodka, Beck jednak stanowczo twierdzi, że wada była wrodzoną. Przeciwnie Arlt, podając ten przypadek w swoim podręczniku (*Krankheiten des Auges*, 1854, T. I, str. 234), tłumaczy powstanie zjawisk w ten sposób, iż w skutek ropnego zapalenia spojówki nastąpiło przedziurawienie rogówki, które pozostawiło bliznę na rogówce, jakoteż złóg na torebce, naczynie zaś owo stanowićby miało tylko resztkę przyczepiny pomiędzy torebką a rogówką powstałéj. Samelson (*Ein ungewöhnlicher Fall persistirender Pupillarmembran. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, 1880, lipcowy zeszyt, str. 215) opisuje następujący przypadek. A. R., 12-letnia, na rogówce lewego oka niewielkie bielmo środkowe, od którego ku przedniéj powierzchni tęczówki kierują się włókna w liczbie 17—18 i przyczepiają się w pewnéj odległości od brzegu źrenicznego, niektóre dzielą się przytém na 2—3 gałęzie. Nadto znajduje się przednia zaćma torebkowa, przypominająca zaćmę stożkową. W prawém oku bielmo znajduje się cokolwiek niżéj środka, a ku zewnątrz i ku wewnątrz od niego znajduje się po jedném cienkiém włóknie, które kierują się ku przedniéj powierzchni tęczówki. W oku tém spostrzegano równocześnie tylną zaćmę biegunową, która dochodziła ledwie nie do samego przedniego bieguna. W obu oczach było drżenie gałek w kierunku poprzecznym (*Nystagmus*). Niedomiarowość $^1/_{20}$, S = $^1/_{10}$. I w tym przypadku matka dziecka wyraźnie mówiła, iż w początku życia długo cierpiało na oczy. Tak więc w obu tych przypadkach zmiany spostrzegane mogły być wrodzone, lecz mogły też powstać w skutek przedziurawienia rogówki, wywołanego przez zapalenie ropiaste spojówki noworodków.

Wreszcie w przypadku opisanym przez Makrockiego (*Arch. f. Augenheilkunde*, T. XIV, Z. 1, str. 83) u 15-letniéj dziewczyny, wyraźnie małookiéj, w prawém oku od ząbków

przedniéj powierzchni tęczówki, w okolicy mniejszego koła tętniczego, biorą początek 3 włókna téj saméj co i tęczówka barwy i następnie znów się przyczepiają do ząbków przedniéj powierzchni tęczówki, położonych daléj ku obwodowi. Na torebce soczewkowéj, cokolwiek wyżéj przedniego bieguna, zamglenie wielkości główki od szpilki, drugie zaś takie zamglenie znajduje się w warstwie korowéj. Niedomiarowość $^1/_5$ S = $^2/_{24}$. W lewém oku na rogówce cokolwiek ku górze i ku wewnątrz od środka znajduje się zaćmienie, składające się z 4ch kropeczek, ułożonych w półkole, którego wklęsłość jest zwróconą ku środkowi rogówki. Kropeczki są położone w obrębie warstwy Descemeta, od nich zaś biorą początek przyczepiny, które zdążają ku górnemu i wewnętrznemu odcinkowi tęczówki i przechodzą w łuki, położone w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego tęczówki. Przyczepiny są barwy brunatnéj, równie jak tęczówka, bardzo cienkie i w okolicy wspomnianych łuków dwie tylko przyczepiny są pojedyncze, dwie zaś inne dzielą się jedna na dwa, druga nawet na 3 włókna. Niedomiarowość $^1/_5$, S = $^2/_{24}$ — $^2/_{18}$. W obu oczach znajdują się tylne garbiaki. Makrocki nie wątpi, że w przypadku jego mieliśmy w istocie tak zwane resztki błony przetrwałéj, na dowód czego przytacza, iż przyczepiny w jego przypadku jednostajną miały grubość, początek brały nie od brzegu tęczówki, lecz cokolwiek daléj ku zewnątrz od przedniéj jéj powierzchni, nadto za pomocą kilku jakby nóżek, przedewszystkiém zaś, że barwa ich była zupełnie taką, jak barwa tęczówki. Uznaje on też wadę rozwojową w przypadku Samelsona, utrzymuje tylko, iż w skutek późniejszych zjawisk chorobowych zjawiska początkowe mniéj wyraźnie występowały.

Przed dwoma tygodniami nadarzył mi się następujący przypadek. A. S., 25-letnia, od lat dziecięcych słabo odróżnia dalekie przedmioty, prawém okiem widzi znacznie gorzéj niż lewém. Badanie wykazało: prawe oko: Niedomiarowość 5D, S = $^{20}/_{70}$. Powieki prawidłowe, na rogówce nieopodal środka jéj spostrzegamy 2 drobne plamki, położone w obrębie błony Descemeta, pozostałe zaś części rogówki są zupełnie przeźroczyste; na torebce soczewkowéj plamkę o wiele większą, położoną cokolwiek wyżéj środka, barwy białéj, wyraźnie odgraniczoną od części otaczających, zresztą w soczewce innych zmian nie ma. Tęczówka barwy błękitno-szarawéj; na przedniéj jéj powierzchni, nieopodal brzegu źrenicznego, widoczną jest linija wężykowata, barwy cokolwiek ciemniejszéj. W położonym ku wewnątrz od niéj pasie źrenicznym prążki gęsto są obok siebie ułożone a kierunek mają ściśle promienisty. Sama linija wężykowata powstaje właściwie w skutek tego, że od pasa rzęskowego oddzielają się ku wewnątrz jakby trójkątne platy, wzniesione nieznacznie ponad poziom pasa źrenicznego. W dwóch miejscach, mianowicie u dołu w kierunku mniéj lub więcéj średnicy pionowéj i nadto jeszcze w innèm miejscu ku górze i ku zewnątrz platy te o wiele są szersze i wyższe i ku wierzchołkom przechodzą w cienkie pasemka téj saméj co tęczówka barwy; pasemka te udają się następnie przez komórkę przodkową ku wzmiankowanym plamkom na rogówce i w miejscach odpowiednich przyczepiają się do tylnéj powierzchni rogówki. Oświetlenie boczne w istocie dowodzi, że plamki na rogówce zajmują li tylko błonę Descemeta, lub co najwięcéj warstwy właściwego miąższu rogówkowego bezpośrednio do niéj przyległe. Przy rozszerzaniu źrenicy, które się zresztą najprawidłowiéj odbywa, włókna mają postać równych pasemek, przeciwnie przy ściąganiu źrenicy przybierają przebieg falisty. Dno oka zupełnie prawidłowe, tylko obok brzegu skroniowego tarczy nerwu wzrokowego spostrzegać się daje niewielki zresztą i wyraźnie odgraniczony sierp.

W lewém oku: Niedomiarowość 4D, S = $^{20}/_{20}$, zmian żadnych, prócz tego, że źrenica w tém oku ma kształt półkola, tak iż dolną jéj połowę zastępuje cięciwa. Liniję wężykowatą i podział na zwykłe dwa pasy znajdujemy tylko w górnéj połowie tęczówki, dolna zaś jéj połowa jest zupełnie jednostajną. Rzeczą jest godną uwagi, że przy rozszerzaniu i ściąganiu źrenicy właściwe zmiany spostrzegamy tylko w górnéj połowie źrenicy, co się zaś tyczy cięciwy zastępującéj dolną jéj połowę, to ta przy rozszerzaniu źrenicy cokolwiek tylko opuszcza się ku dołowi, przeciwnie przy ściąganiu jéj nieco się podnosi ku górze. Prawdopodobnie zatém dolna połowa tęczówki zupełnie pozbawioną była mięśni.

Tak więc z pomiędzy licznych przypadków tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj u dorosłych, słuszniéj nieprawidłowego rozwoju błony u zapłodka, właściwie tylko w przypadkach Makrockiego i w moim dopiero opisanym widzimy, że włókna przyczepiają się do rogówki, gdyż w przypadkach Becka i Samelsona mieliśmy zjawiska, a nawet dane z wywiadów powzięte, zbyt wyraźnie przemawiające za zmianami chorobowemi już po przyjściu na świat przebytemi. Co prawda w obu przypadkach włókna, względnie naczynia, przyczepiały się do tęczówki nie do brzegu źrenicznego, lecz do przedniéj jéj powierzchni, w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego. Nie zdaje mi się wszakże, aby okoliczność ta już sama przez się stanowić mogła o przyczepinach lub t. zw. włóknach przetrwałych. Zdarzyło mi się widzieć prawdziwą przyczepinę przednią (zrośniętą z bielmem), barwy saméj tęczówki, wyglądającéj jak włókno przetrwałe, która się wszakże przyczepiała do tęczówki o 1 mm. ku zewnątrz od brzegu źrenicznego, t. j. w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego.

Przeciwnie w przypadkach Makrockiego i w moim mieliśmy zaćmienia li tylko w obrębie błony Descemeta położone; warstwy powierzchowne rogówki zupełnie były przeźroczyste, przeto nie tylko wywiady, lecz i samo badanie przedmiotowe w obu przypadkach stwierdzało zupełnie rozwojowe pochodzenie zmian spostrzeganych. Wytłumaczenie wady w téj ostatniéj formie ze stanowiska nauki o rozwoju oka żadnych nie przedstawia trudności. Niezwłocznie po utworzeniu u zapłodka następczego pęcherzyka ocznego, do warstwy bezpostaciowéj, położonéj pomiędzy blaszką rogową a powstałym z téjże zawiązkiem soczewki, z okolic równika wędrują komórki plastów główkowych (*Kopfplatten Remaka*) i w ten sposób powstaje wspólny zawiązek, z którego następnie wyróżniają się: własna istota rogówki z błoną Descemeta, tęczówka razem z błoną źreniczną i nadto blaszka przednia torebki soczewkowéj. Początkowo, powtarzam, zawiązek jest wspólny, podział zaś jego na warstwy późniéj dopiero następuje. Jeśli cała błona źreniczna lub tylko części jéj rozwijają się nieprawidłowo, jak już wyżéj wspomniałem, pozostać one mogą w obrębie źrenicy, nie przyczepiając się bynajmniéj ani do torebki soczewkowéj, ani téż do rogówki, jak tego w istocie dowodzi cały szereg spostrzeżeń. Najczęściéj włókna przetrwałe przyczepiają się nadto do torebki soczewkowéj i wreszcie, jak utrzymuję, tylko w dwóch przypadkach przyczepiają się one do rogówki. W skutek czego powstaje przyczepienie, powiedzieć trudno. W 2gim przypadku Van Duysea, zbadanym anatomicznie (*Ann. d'oculistique* 1886 *Janvier, Février*), blaszka na torebce soczewkowéj, do któ-

réj się włókna przyczepiały, miała postać zaćmy stożkowatéj, dokoła któréj znajdowały się komórki tkanki łącznéj, nadto komórki barwikowe i naczynia krwionośne, z których jedno nawet ciałka krwi zawierało. Utwory te zbyt są nieodpowiednie warunkom prawidłowéj budowy, témbardziéj więc dowodzą nieprawidłowości wyróżniania przy rozwoju części oka, którato nieprawidłowość polega na utworzeniu pierwocin, które następnie nie mogą uledz zwykléj sprawie zanikowéj. Tak się rzecz ma względem blaszki przedniéj torebki soczewkowéj. Stanowi ona jednak dla błony źrenicznéj we wspólnym zawiązku wewnętrzną warstwę, błona zaś Descemeta zewnętrzną. Warstwy te we wspólnym zawiązku bezpośrednio do siebie przytykają, gdyż komórka przodkowa do późniejszych dopiero należy utworów. Zrośnięcie więc nieprawidłowe warstw nastąpić może równie łatwo ku wewnątrz jakoteż ku zewnątrz, zdawaćby się nawet mogło, że w ostatnim kierunku o wiele łatwiéj, ponieważ gdy prawidłowa torebka soczewkowa stanowi utwór bezpostaciowy, tylną powierzchnię rogówki (błonę Descemeta) pokrywają komórki śródbłonka, które jako takie już same przez się są zdolne do odegrania w téj sprawie roli czynniejszéj.

II. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał
Dr. Stanisław Smoleński,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Skreślone powyżéj zasady, na których opierać się powinno stosowanie zabiegów wodnych u suchotników, wysnute są nietylko z doświadczeń wielu poważnych lekarzy, ale i z własnych moich postrzeżeń. Od lat ośmiu zwracałem baczną uwagę na rozwój i postępy leczenia suchot płucnych a szczególnie na skutki osiągane w nich za pomocą hydroterapii, i w tym względzie miałem częstą sposobność wypróbowania jéj własném doświadczeniem. W r. 1881 praktykując w Gleichenbergu starałem się u wielu chorych łączyć pomyślny wpływ czynników klimatycznych i balneologicznych z zabiegami wodnemi, a przez następne lat sześć znajduję się w równie do tego pomyślnych warunkach w Jaworzu, które obok znanych oddawna zalet klimatycznych rozporządza zarazem i dobrze urządzonym zakładem wodoleczniczym. Z tychto swoich doświadczeń chciałbym na tém miejscu zdać sprawę, aby uwidocznić słuszność prawideł i zasad powyżéj wyłuszczonych. Zastrzedz się jednak muszę, że nie zamierzam bynajmniéj dawać tu wywodów statystycznych, ani wysnuwać z nich ogólnych zasad i reguł postępowania, bo nie uprawniają mnie do tego ani szczupłość materyjału postrzeganego ani warunki, śród których doświadczenia swe czyniłem. Chciałbym tylko zwrócić uwagę, że dla osiągnięcia stosunkowo pomyślnych rezultatów w pewnych okresach suchot płucnych, niekonieczne jest leczenie suchotników w zakładach zamkniętych, jak to twierdzą niektórzy lekarze niemieccy, lecz że i w uzdrowiskach otwartych z przyjaznemi warunkami klimatycznemi można dobre mieć wypadki leczenia. Powiedzieć nawet można, że ostatnie więcéj się nadają do leczenia początkowych i przewlekłych okresów suchot, gdy okresy późniejsze, mianowicie z przebiegiem ostrym, należą raczéj do lecznic w zakładach zamkniętych. Możność leczenia suchotników w uzdrowiskach otwartych jest tém ważniejszą, że ono jest przystępne dla wielkiéj ilości niezamożnych chorych, gdy pobytu w zakładach zamkniętych, prawdziwéj *pharmacopocae elegantis*, pozwolić sobie może tylko nie wielu.

W czasie 7-letniéj swéj praktyki zawodowéj zastosowałem hydroterapiję w ogóle u 85 suchotników. Z tych przypada na Gleichenberg w roku 1881: 25 przypadków (okresy początkowe i suchoty przewlekłe 20, *phthisis florida* 5) a na czas 6-letni w Jaworzu, r. 1882 do 1887: 60 przypadków (t. j. okresu początkowego i przewlekłego 54 a *phthisis floridae* 6). Razem więc przypadków suchot przewleklych 74 a ostrych 11.

Z 20 przypadków suchot przewlekłych, leczonych w Gleichenbergu, w 7 poprzedzało mniéj lub więcéj dawno krwioplucie a w 2 nawet obfite krwotoki. Używałem u nich głównie zimnych wycierań, w kilku przypadkach także natrysków i opasek piersiowych. Przypadków wyleczenia czy też znakomitéj poprawy było 13, wyraźnego polepszenia 7. Do pierwszych zaliczam wszystkie, w których pozostało naturalnie zgęszczenie szczytowe, ale objawy nieżytowe ustąpiły, kaszel ustał, stan odżywienia znacznie się poprawił, znikły bóle i kłucie, nie pojawiało się krwioplucie. O kilku z nich wiadomo mi, że cieszą się dotychczas zadowalającym stanem zdrowia — inni zaś po pewnym czasie musieli znów szukać pomocy lekarskiéj.

Między 60 przypadkami leczonemi w Jaworzu w 3ch można było wykazać jedynie nieżyt szczytów płucnych, w 51 były wyraźne zmiany anatomiczne, począwszy od ograniczonego zgęszczenia szczytowego aż do rozległych zmian w obydwóch płucach, jam suchotniczych itd. W 10 przypadkach były gorączki wieczorne (około 38·2 do 38·8°C.); w kilku innych poprzedzały krwawienia płucne, gdy podczas leczenia nie postrzegano ani razu krwioplucia.

Leczenie wodne trwało zazwyczaj 4 do 6 tygodni, w kilku zaledwie przypadkach przeszło 2 miesiące. W przebiegu leczenia można było w większéj części przypadków postrzegać co następuje: pewien stopień psychicznego ożywienia, wzmożone samopoczucie, więcéj ufności w przyszłość swego zdrowia, apetyt większy, sen lepszy, plwocina nieraz obfitsza, ale wykrztuszanie lżejsze, kaszel z czasem zawsze mniéj czysty. Szczególnie często zauważono, że chorzy mniéj łatwo się męczyli, że duszność, bicie serca zwolna ustępowały a we wszystkich przypadkach poprawiał się stan odżywienia wyraźnie, niekiedy w niezwykły sposób. Szczególnie szybką i znaczną poprawę postrzegałem wielokroć u chorych izraelitów. Działanie zabiegów wodnych uwydatnia się tu zarazem w kierunku pielęgnowania i hartowania skóry oraz wzmożenia jéj czynności fizyjologicznych, skóry zazwyczaj u nich bardzo zaniedbanéj. Wziąwszy na uwagę obfitsze chorych żywienie, zwykle u nich, przynajmniéj jakościowo, niedostateczne, łatwo zrozumieć, że chorzy téj kategoryi dziwnie szybko nabierają sil, że ciężar ciała wzrasta nieraz po 2 do 3 kilogramów na tydzień a stan zdrowia pod każdym względem widocznie się poprawia.

Jako przykład niech posłuży następujący przypadek· Pernetz, l. 21, z Baranowa, przysłany do Jaworza dnia 20 sierpnia 1883 przez Drów Reifera w Dzikowie i prof. Pareńskiego w Krakowie. Choroba trwa od lat trzech, ojciec umarł na suchoty, wychudnienie wielkie, ciężar ciała 43 kg., kaszel uporczywy, plwociny obfite, stłumienie nad szczytem płuca prawego. Chory mając sobie przezemnie polecone picie wielkiéj ilości mleka, doszedł w końcu pierwszego tygodnia do 3ch litrów dziennie. Równocześnie zastósowano dwa

razy na dzień wycierania w zimném prześcieradle i chwilowe zimne natryski. Kaszel zmniejszył się już po kilku dniach, poczém ustal zupełnie a po dwóch tygodniach P. wyjechał do domu, ważąc 55 kilogramów, t. j. z przybytkiem 12tu kilogramów na wadze! Przez trzy następne lata był zdrów zupełnie, aczkolwiek nie bardzo się szanował. W zimie roku 1886/7 skutkiem przeciążenia pracą i zaziębienia nabawił się krwotoku płucnego i kaszlu, poczém znów znacznie wychudł. Dnia 20 lipca 1887 przybył ponownie do Jaworza. Stlumienie po stronie prawéj rozleglejsze niż przed 4 laty; kaszel mierny, ciężar ciała 54 kg. Stósowano znów obok dyjety przeważnie mlecznéj i miernych ilości żętycy owczéj codziennie zimne nacierania a późniéj i krótkie natryski, pod wpływem czego ciężar ciała wzrastał po 2 kgm. na tydzień. Po pięciu tygodniach powrócił do domu ważąc 59kgm., bez kaszlu. Bardzo podobny przypadek postrzegałem w r. 1885: Ehrlich, l. 30, z Proszowic, przysłany do Jaworza d. 16/6 1886 przez prof. Korczyńskiego w Krakowie. Przed 3ma miesiącami pojawiło się krwioplucie trwające przeszło tydzień. Badanie wykazało naciek w szczycie płuca prawego i dość znaczne wychudnienie. Przez cały miesiąc pil żętycę i dużo mleka, przyczém stan odżywienia poprawił się znacznie. Następnie stósowano codziennie rano zimne wycierania i natryski. Po dwóch miesiącach ciężar ciała podniósł się o kilka kilogramów, kaszel ustał zupełnie, krwioplucie nie powróciło więcéj. Dodziśdnia cieszy się dobrém zdrowiem, jak mnie zapewniają liczni jego znajomi, wspominający nieraz z żalem, dla czego i u nich nie ma tak rychléj i znacznéj poprawy.

Używany przezemnie sposób stosowania hydroterapii u téj kategoryi chorych jest następujący: Najprzód dla oswojenia chorego z ochładzaniem skóry a zarazem niejako *ad captandam benevolentiam* polecam im wycierać piersi i plecy co rano w domu albo wodą wystałą albo słoną; czas ten służy mi i do tego, aby obserwować chorego, zbadać go kilkakrotnie pod względem stanu płuc, poznać zachowanie się ciepłoty, ciężaru ciała, plwociny itd. Wkrótce chory godzi się z myślą poddania się ogólnym zabiegom wodnym, do których się téż w razie potrzeby po pewnym czasie przechodzi, a mianowicie najprzód do wycierań w zimném prześcieradle, z ciepłotą z początku 18°R., późniéj stopniowo obniżaną do 12°R. Po paru lub kilku dopiero tygodniach stosuję bezpośrednio po nacieraniu krótkie 10—30-sekundowe natryski kropliste zimne, zstępujące lub boczne ruchome; ostatnie głównie wtenczas, gdy idzie o usunięcie miejscowego bólu opłucnowego itp. Rzadko rozpoczynam odrazu od natrysków, głównie dla tego, że chorzy nieoswojeni jeszcze z oziębianiem często się ich obawiają.

W kilku przypadkach poprzedzały mniéj lub więcéj dawno krwotoki płucne. Powiedziałem już powyżéj, że podczas leczenia wodnego nie zdarzyło mi się ani razu postrzegać świeżego krwioplucia. Gdyby się zjawiło, nie wahałbym się ani na chwilę usunąć wszelkie zabiegi wodne i zalecić dla powstrzymania krwawienia zupełny spokój.

W jakim czasie po krwawieniu można używać zabiegów wodnych? Wyniki badania płuc nie dają w tym względzie stanowczéj odpowiedzi. Najlepiéj kierować się ogólnym stanem chorego. Można powiedzieć, że ilekroć chory po przebytym krwotoku rusza się już i chodzi bezpiecznie, może mówić głośno i śmiać się, czyli wraca już do zwykłego, choć zawsze jeszcze oględnego trybu życia, natenczas można już stósować zabiegi wodne bez obawy wywołania krwawienia płuc. Tu jednak wolałbym rozpocząć od zmywań wodą zimną lub chwilowego natrysku niż nacierań, przy których nie może się obyć bez mechanicznego wstrząsania klatki piersiowéj. Przekonałem się nieraz, że chodzenie pod górę, przebywanie w dusznéj atmosferze, przeziębienie i wystawianie się na wiatr łatwiéj i częściéj wywołują krwawienie, niż zabiegi wodne przelotne, podniecające.

Co się tyczy ciepłoty ciała, to już nadmieniłem powyżéj, że lekkie wieczorne wzniesienia gorączkowe nie stanowią bezwzględnéj przeszkody do użycia zabiegów wodnych, albowiem postrzegano wielokrotnie, że w miarę wzmocnienia ciała ustępuje i stan gorączkowy.

Sposób ten postępowania przynosi tak widoczne korzyści, że zyskuje sobie u chorych coraz większe zaufanie. Przed kilku jeszcze laty rzadko który z chorych dawał się nakłonić do poddania się np. zimnemu nacieraniu, a cóż dopiero zimnemu natryskowi; a jeżeli się poddał, to z niemałą zwykle obawą. Następnie rzecz się zmieniła zupełnie, co więcéj, teraz muszę nieraz chorych powstrzymywać i tłumaczyć im, że jeszcze dla nich nie pora używania zabiegów wodnych. Chorzy bowiem ostrzegani zazwyczaj uroczyście przez lekarzy i krewnych, aby, broń Boże, kropla zimnéj wody na nich nie spadła, nauczeni naocznem doświadczeniem uważają to za dowód znacznéj już poprawy swego stanu, jeśli mogą być przypuszczeni do używania zabiegów wodnych, a ilekroć im się odmówi, obawiają się, że choroba ich jest nieuleczna.

Sposobność do stosowania hydroterapii w suchotach płucnych zawdzięczam zaufaniu wielu doświadczonych lekarzy, przedewszystkiém prof. Korczyńskiemu a także i doktorowi Rothowi w Staszowie, których wielu chorych ze świetnym rezultatem leczniczym powróciło do domu. Kilku chorych tych leczyłem przez dwa i trzy po sobie następujące lata; niektórzy z nich podupadłszy znów na siłach przybywają do zakładu dla wzmocnienia, inni dla naprawy powstałego znów pogorszenia. Jeszcze inni przyjeżdżają raczéj dla zwyczaju i przezorności, aby się nadal wzmocnić i zahartować.

Dla przykładu pozwalam sobie przytoczyć następujący przypadek:

Pani M. D., mężatka, l. 23. Jako kilkonastoletnia panienka wysłaną była do Reinerz dla jakiegoś cierpienia płuc, przed kilku zaś laty wyjeżdżała z porady prof. Pareńskiego do Szczawnicy z przyczyny nieżytu oskrzelowego i „bardzo podejrzanego stanu szczytu lewego płuca“. Pierwszy i drugi raz wyjazd podziałał bardzo dobrze. W zimie r. 1880 pojawił się silny krwotok płuc, choć tylko mierny nieżyt płucny wykazać się wówczas dawał. Odtąd zaczęła tracić apetyt i siły, doznawała często dreszczów, oraz napadowych bólów poniżéj lewego obojczyka obok linii sutkowéj, występujących razem z napadami duszności i lęku. Po dreszczach nigdy nie stwierdzono gorączki, tylko dłonie zwykle się pociły. Chora chudła odtąd znacznie, tracąc średnio po 2 kilogramy na wadze na tydzień, skarży się na wielkie osłabienie, duszność i ciężkość na piersiach.

W r. 1881 dnia 24/5 przybyła do Gleichenberga z polecenia prof. Pareńskiego. Kobieta wzrostu wysokiego, budowa ciała prawidłowa, klatka piersiowa płaska i nieco wąska a długa. W dziecięctwie przebyła zołzy. Nad szczytem lewego płuca lekkie stłumienie, kilka głuchych rzężeń i zaostrzenie oddechu, w miejscu bolesném nie ma tarcia opłucnowego. Nad lewém uchem od dziecięctwa wrzodzik z przetoką wydzielającą co pewien czas rzadki płyn ropny. Niedokrewność wielka i zwątlenie kiszek. Ciężar ciała 65·75 kg. Ciepłota wieczorna 37,2°C, tętno 74.

D. 26/5 w południe dreszcz i bóle pod lewym obojczykiem. To samo powtarza się d. 28/5; w czasie dreszczu i po dreszczu ciepłota 36.5°C. Tak samo d. 29/5. D. 30/5 znów w południe dreszcz, przetokę nad uchem zamkniętą, ropą wypełnioną, przecięto. D. 1/6 w południe dreszcz z ciepłotą 36·6°C.

Od dnia 2/6 nacierania codzienne rano 18°R. Ciężar ciała 64·65 kg. Do dnia 7/6 apetyt nieco lepszy, sen dobry, ale codzień w południe lekki dreszcz i pocenie się rąk. D. 7/6 ciężar ciała 64·35 kg., a d. 13/6 64·25 kg.

Brak podwyższenia ciepłoty podczas i po dreszczu i równoczesne, wyraźne ochłodzenie skóry naprowadziły mnie na myśl, czyby silne nacieranie skóry, wykonane bezpośrednio przed dreszczem, nie zapobiegło widocznemu kurczowi naczyń skórnych a może i samemu dreszczowi. Dla tego też dnia 19/6 wykonano wycieranie 17°R. o godzinie 11éj rano i rzeczywiście dnia tego dreszczów n i e było. Odtąd codziennie stósowano wycierania ciała przed samém południem i dreszcze już się więcéj nie powtórzyły. Parę razy zjawił się jeszcze mały napad duszności, bóle pod lewym obojczykiem znikły prawie zupełnie a równocześnie zagoił się i wrzodzik nad uchem. D. 28/6 ciężar ciała 67·11 kg. Chora chodzi swobodnie, apetyt bardzo dobry, sił znacznie więcéj. D. 21/7 ciężar ciała 69·30 kg., chora wyjechała w bardzo dobrym stanie do Zakopanego z przybytkiem na wadze 3·55 kg.

W rok później (1882) przybyła do Jaworza w dobrym stanie odżywienia bez kaszlu, bez bólów w piersiach i bez duszności. Stan taki trwał jeszcze lat kilka, aż w r. 1885 zapadła znów na zapalenie płuc i po całorocznym pobycie u Brehmera w Görbersdorfie na suchoty umarła.

W przypadku tym dwie rzeczy zasługują na uwagę. Najprzód czy nie istniał pewien związek między wrzodzikiem nadusznym a sprawą płucną, czy mianowicie, jak to podejrzywał prof. Pareński, wrzodzik ów nie stanowił źródła, z którego rozpoczęła i rozwinęła się sprawa chorobowa w płucach? Czy więc nie była tu *tuberculosis pulmonum metastatica ex ulcere scrophuloso*? Powtóre uwagi godny jest tu wpływ nacierania skóry na pojawiające się od dawna dreszcze. Dopóki nacierania stósowano na kilka godzin przed dreszczem, nie miały one nań żadnego wpływu; dopiero gdy wykonano je bezpośrednio przed mającym nastąpić dreszczem, ziębienie znikło i nigdy się już nie powtórzyło. Wytłumaczyć to możnaby tym sposobem, że ów dreszcz był następstwem peryjodycznego kurczu naczyń obwodowych i powstałego przez to ochłodzenia skóry. Wpływ podniety termicznéj i mechanicznéj na nerwy naczynioruchowe wyrównał zboczenie w krążeniu krwi obwodowém i nie dopuszczał powstawania kurczu naczyń. Za słusznością takiego tłumaczenia przemawia i to, że ani podczas ani po dreszczu nigdy nie było podniesienia ciepłoty, owszem była ona bardzo niską.

(Dokończenie nastąpi)

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomija patologiczna.

Prof. F. Falk w Berlinie: **Die pathologische Anatomie und Physiologie des Joh. Bapt. Morgagni.** (1682—1771). Ein monographischer Beitrag zur Geschichte der theoret. Heilkunde, Berlin, 1887, A. Hirschwald, in 8vo, str. 112.

Autor znany z cennych prac swoich w dziedzinie medycyny sądowéj chwile wolne od zajęć ściśle zawodowych poświęcił badaniu prac wielkiego anatoma włoskiego, którego każdy niby zna jako twórcę anatomii patologicznéj, którego dzieła atoli mało kto miał w ręku swoim. Kto był Morgagni, jakie jego zasługi, — o tém przecie wróble na dachu śpiewają; zapoznać się z nim bliżéj, to rzecz w naszych czasach niepopłatna, a powiedzmy otwarcie nawet prawie niemożebna, skoro znajomość łaciny coraz staje się rzadszą, zresztą zbyteczną, gdy tanim kosztem można uchodzić za uczonego, jeżeli się cytuje ustępy z autora według cytat z trzeciéj lub czwartéj ręki wziętych, mniejsza o to czy wiernych i stósownych. Podobna nieznajomość zasłużonych autorów dawniejszych nietylko u nas jest na porządku dziennym, ale i gdzieindziéj; wszak prof. F. wspomina, że w egzemplarzu dzieł Morgagniego, znajdującego się w biblijotece królewskiéj w Berlinie, znalazł kartki po największéj części nierozcinane. Za tém większą zasługę poczytać należy autorowi, że nie szczędził dwuletniéj pracy — jak nas sam zapewnił, — aby przestudyjować gruntownie dzieła Morgagniego, podzielić się owocem pracy swojéj z tymi, którzy albo nie chcą albo nie mogą sami zapoznać się z wielkim anatomem. Studyjum to niejednego zachęci do zaglądania do oryginału, przynajmniéj do pewnych działów i rozdziałów, pozwoli nie jednemu odszukać materyjału na razie pożądanego, a bezwarunkowo będzie przewodnikiem dla każdego lekarza w ocenieniu należytém zasług męża, którego mniéj lub więcéj słusznie za twórcę anatomii patologicznéj poczytujemy.

Autor dzieli pracę swoją na 3 części: pierwsza wstępna (str. 1—46) zawiera uwagi historyczne ogólne, druga zajmuje się (str. 46—107) szczegółowo anatomiją patologiczną Morgagniego w 7 działach (system nerwowy, zmysły, przyrządy oddychania, krążenia, trawienia, przyrząd moczopłciowy i narządy ruchowe), trzecia wreszcie (str. 107—112) podaje wyniki końcowe.

Nie podobna nam pójść krok w krok za autorem i podać wszystkie szczegóły, w które dziełko jego obfituje, przypuszczając, że ono znajdzie się w ręku wielu kolegów, którzy z pewnością nie pożałują małego kosztu i z przyjemnością rzecz całą przeczytają, — poprzestaniemy na odwzorowaniu postaci Morgagniego i ocenieniu jego stanowiska w dziejach medycyny.

Jan Chrzciciel Morgagni urodził się w m. Forli d. 25 lutego 1682 r., był uczniem Albertiniego i Valsalvy, następnie przez lat 59 piastował posadę profesora anatomii w Padwie, gdzie wykształcił najznakomitszych anatomów włoskich w 18 wieku, między nimi i Scarpę. Od r. 1709—1719 wydawał swoje *Adversaria anatomica*, a dopiero w r. 1761, a więc w 79 roku życia, wiekopomne dzieło *De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis*, libri V. Umarł dnia 6 grudnia 1771.

Po kilku więc dziesiątkach usilnéj, sumiennéj pracy w wieku sędziwym dopiero występuje Morgagni z głównem swém dziełem, ułożoném w postaci listów, pisanych do przyjaciół lekarzy, z dziełem, ogromem swéj treści świadczącém o nadzwyczajnéj pilności i bystrości obserwacyj. Nie poprzestawał zaś Morgagni na sekcyjach zwłok ludzkich, celem tłumaczenia objawów życia, lecz robił częste sekcyje i na zwierzętach, przez co przysłużył się i patologii porównawczéj. Nie uganiał się wcale za rzadkościami, uważając przypadki powszednie za nierównie ważniejsze dla praktyki. Nie posługuje się nawet nazwą anatomii patologicznéj, z którą po raz pierwszy spotykamy się w r. 1771 w dziele Graemoensa; strona anatomiczna nie była dlań sama sobie celem, bo za-

leżało mu na tém, aby wyniki sekcyj wprowadzić w związek z obserwacyją przy łóżku chorego. Zacofanie medycyny umiejętnéj w wiekach średnich kładzie na karb zaniedbania sekcyj aż do wieku 16go, pomimo że od czasu cesarza Justynijana istniały szpitale i dla tego napomina głównie lekarzy szpitalnych, aby starali się powetować szkodę ztąd dla medycyny wynikłą. Jako anatom starał się o nawiązanie strony patologicznéj do prawidłowéj, z drugiéj strony za pomocą doświadczenia usiłował łączyć ze sobą objawy fizyjologiczne i chorobowe i z tego powodu nazwisko jego i w historyi fizyjologii zajmuje miejsce poważne. Mając głównie na celu wyjaśnienie za pomocą eksperymentu patologicznego kwestyj odnoszących się do kliniki lekarskiéj, korzystał z licznych sekcyj, dokonanych na samobójcach, na zamordowanych, zmarłych z uduszenia lub straconych na mocy wyroku, aby robić doświadczenia odnoszące się do medycyny sądowéj. W dziełach pomniejszych omawia zagadnienia z części biologicznéj medycyny sądowéj (jako o defloracyi, niezdolności płciowéj, dojrzałości dzieci), w dziele głównem zaś szczegóły należące do tanatologii sądowéj (jak znaczenie ucisku wywartego na główne pnie naczyń szyjnych i nerwów w strangulacyi, dostawanie się płynu do płuc i żołądka tonących, o niektórych truciznach). Rzecz godna uwagi, że M. w wieku 18ym bez narażenia się na jakiekolwiek przykrości, zwłaszcza ze strony dostojników kościelnych, mógł jawnie robić wiwisekcyje na zwierzętach, pomimo że badania te w owych czasach, gdy nie posługiwano się jeszcze środkami odurzającemi, wydawać się musiały okrutniejszemi niż obecnie. Nie stronił także, gdzie tego zachodziła potrzeba, od badań chemicznych, przeważnie mając interes medycyny wewnętrznéj na celu; mniéj uwzględniał chirurgiję i położnictwo.

Z materyjału swego korzystał aż do wieku schyłkowego, a miał go obficie z Padwy i Bononii, tak że podzielić się musiał pracą z pomocnikami swymi, a jako takich wymienia: Vulpiusa, Saxonię i Mediavię. Sumiennie atoli wyznaje, że materyjał ten ma wartość tylko względną, ponieważ składał się przeważnie ze zwłok osób starszych i biednych, wykazując, że u téj klasy ludzi trudno o daty ananmestyczne, podczas gdy o dnie nie miał żadnego prawie doświadczenia, ponieważ choroba ta nagabuje przeważnie bogatszych. Natomiast otrzymywał częste preparaty ze szpitali i praktyki prywatnéj, a nie brakło téż sposobności robienia sekcyj na zwłokach osób z warstw wyższych społeczeństwa, jeżeli rodzina tego żądała; również wykonywał obdukcyje z polecenia urzędowego; najmniej spotykał się ze zwłokami położnic i dzieci.

Wyjątkowo tylko nie korzystał z materyjału, tak np. jeżeli obarczony był ważniejszemi zajęciami, jeżeli z nieboszczykiem był zaprzyjaźniony za życia, wreszcie jeżeli zachodziła obawa zarażenia się. Nie uważał on za stosowne naśladować przykładu nauczyciela swego Valsalvy, który nie wahał się kosztować surowicy z pęcherzy zgorzelinowych, ale za to równie jak tamten miał obawę przed zwłokami suchotników; chorych na dżumę i ospę nie chciał leczyć, a zwłok ich nie dotykał się nawet w wieku zgrzybiałym, nie ubiegając się o wawrzyny Zwingera, który wykonał śmiało sekcyję chłopca z ospy zmarłego, ani tych lekarzy włoskich i francuskich, którzy wykonywali sekcyje na zwłokach ludzi z dżumy zmarłych, uważając ciała takie, zwłaszcza jeżeli już gniły, za bardziéj zaraźliwe, aniżeli chorych i nie spodziewając się dodatnich wyników z takich sekcyj; wszakże jeszcze Cruveillier zapewniał: *l'anatomie pathologique est peu importable dans les maladies contagieuses.* Wyjątek stanowiła dla niego tylko kila, którą badał starannie. Natomiast nie obawiał się zgnilizny, a nawet, jak po klimacie włoskim inaczéj spodziewać się nie można, bardzo często badał zwłoki gnijące, a jeżeli się jeszcze uwzględni, że częstokroć zwłoki otrzymywał późno, a nadto że z wykonywaniem sekcyj wcale się nie spieszył, a sekcyja sama trwała u niego bardzo długo, to nie podobna nie przypuszczać, że wiele zmian przez niego opisanych, było poprostu zmianami ze zgnilizny pochodzącemi. Obawiając się omyłek w sprawdzaniu zaszłéj śmierci wyjątkowo tylko rozpoczynał sekcyje w 9 godzin po śmierci; w zimie nawet dzień 6ty po śmierci uważał za wczesny jeszcze do rozpoczęcia sekcyi, a rozpocząwszy ją odkładał trzewa, badając szczegółowiéj mózg w 4 dni, a serce nawet w 13—20 dni późniéj i wyjątkowo tylko kończył sekcyję tego samego dnia, zazwyczaj trwała ona kilka tygodni; pochodziło to zapewne i ztąd, że czasem materyjał wyjątkowo był bardzo szczupłym a liczba uczniów znaczną. Ale téż z tego powodu sąd jego o zmianach, polegający na woni, zmniejszeniu się konsystencyi i zabarwieniu, był mylny. Do ujemnych stron jego należy styl ciężki, rozwlekły i mniejsza biegłość w części ogólnéj anatomii patologicznéj; jest on atoli mistrzem w części szczegółowéj, makroskopowéj; drobnowidem mało co się posługiwał.

Vixere fortes ante Agamemnona; Morgagni nie jest wprawdzie twórcą anatomii patologicznéj, jak wielu przypuszcza; przed nim pracowali Mondino, Benevieni, Benedetti, Bonet, Valsalva; ale śmiało mógłby Morgagni powiedzieć o sobie: „Wiedza anatomiczna i patologiczna mojego czasu, to ja“. Jest on świetnym reprezentantem anatomii wieku 18go, w patologii doświadczalnéj godnym poprzednikiem Magendiego, w anatomii patologicznéj Rokitanskiego i Virchowa, a pomimo, że nauka, obszar jéj i metodyka, w naszych czasach inny wzięły obrót, blask imienia Morgagniego nigdy nie zagaśnie.

Pomimo całego uwielbienia dla wielkiego anatoma, autor wszędzie jest wolny od przesady; z przyjemnością dowodzi wielkich jego zasług, a z przykrością wprawdzie, ale przedmiotowo, wykazuje strony jego ujemne. Pracą swoją przysłużył się piśmiennictwu lekarskiemu i wszystkim tym kolegom, dla których znajomość dziejów nauki naszéj jeszcze nie jest całkiem obojętną. *L. Blumenstok.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Dr Loebisch: **O nowszych sposobach leczenia otyłości.**

Zdaniem prof. L. szkoła mnichowska największą ma zasługę koło leczenia tego coraz częstszego cierpienia, mając bowiem sposobność i zakłady odpowiednie do dokładnego badania fizyjologicznych warunków przyswajania i przemiany materyi w ustroju zwierzęcym i ludzkim, dała ta szkoła racyjonalne i na naukowych podstawach oparte wskazówki, jak w każdym przypadku postępować należy. W pierwszym rzędzie należy przyznać zasługę Pettenkoferowi i Voitowi. Przed kilkoma dziesiątkami lat błądzono tylko po drogach ubocznych, aż dopiero w ostatnich czasach udało się na podstawie ścisłych obserwacyj, doświadczeń i rozbiorów wejść na odpowiednią drogę leczenia téj zmiany. I dziwić się wypada, co sam Loebisch z żalem przyznaje, że co do leczenia otyłości wracamy się do tych samych wskazówek, jakie już Hippokrates i Plinius swoim chorym dawali.

Gdzie się w organizmie tłuszcz tworzy, tego prof. L. w swéj obszernéj rozprawie nie rozbiera, przytacza tylko po omówieniu składu chemicznego tłuszczów, że z ró-

żnych okolic ciała jednego i tego samego zwierzęcia wzięty tłuszcz nie jest identyczny z drugim co do składu swego, co zdaje się przemawiać za zdaniem Unny, który twierdzi, że w każdém miejscu ciała inny jest chemizm i mechanizm tworzenia się jego (*Monatshefte für Dermatol.*), wielu bowiem np. jest ludzi otyłych a mających przecież szczupłe i cienkie nogi, że przy leczeniu otyłości nie ustępuje tłuszcz jednomiernie ze wszystkich okolic organizmu, lecz jest pod tym względem pewne stopniowanie, najpierw pozbywa się tłuszczu nagromadzonego serce, potém skóra, a najpóźniéj krézka. Dokładniéj za to rozebrana jest kwestyja, z jakich pokarmów i z których istot tłuszcz się wytwarza i tu wylicza Loebisch:

1. Tłuszcz jako taki w pokarmach się znajdujący stanowi pierwsze i najważniejsze źródło, wykazano bowiem, że jelita mają zdolność pochłaniania tłuszczu w téj samej postaci z potraw, w jakiéj go spożywamy.

2. Ciała białkowate; nie udało się wprawdzie wykazać na drodze doświadczalnéj chemicznéj przemiany ciała białkowatego w tłuszcz (wyjąwszy jedno spostrzeżenie Salkowskich w *Berl. deutsche chem. G.* Bd. XII), ale za tém przemawiają: *a*) W mleku mięsożernego zwierzęcia zawartość tłuszczu przy pożywieniu zupełnie mięsném rośnie w miarę powiększania dowozu istot białkowatych (Voit, Kemmerich); *b*) kury żywione samém chudém mięsem tyją tak samo jak inne (Czerinow); *c*) Pettenkofer i Voit wykazali doświadczalnie, że wśród żywienia zwierzęcia wyłącznie chudém mięsem 9% tłuszczu się tworzyło.

3. Węgleki wodu; że z nich samych może się w ogólnéj wymianie materyi wytworzyć tłuszcz, za tém przemawiają doświadczenia Munka, Liebiga, Grouvena i bardzo wielu innych, ale nadto jeszcze węgleki wodu mają własność wstrzymania rozpadu tłuszczu w organizmie, Voit bowiem wykazał, że 175 części węgleków wodu wystarcza do ochrony utraty 100 części tłuszczu.

Do warunków podtrzymujących i ułatwiających rozwój nadmierny tłuszczu zalicza autor: *a*) pobieranie zbytniéj ilości pokarmów przy jednako utrzymujących się potrzebach organizmu, *b*) wszystkie te czynniki, które wymianę materyi obniżają, jak np. nieznaczna praca mięśni lub bardzo mała, *c*) długie i nadmierne sypianie, mięśnie wtedy zupełnie nie pracują a działanie nerwów zredukowane do minimum, *d*) temperaturę otaczającego powietrza; Voit wykazał, że przy wyższéj ciepłocie zewnętrznéj wydzielanie CO_2 jest mniejsze, bo i rozpad tłuszczu mniejszy, przy niższych temperaturach odwrotnie, *e*) brak bodźców zewnętrznych (chemiczne, mechaniczne, termiczne, elektryczne) na nerwy w skórze obniża w niéj znacznie przemianę materyi, *f*) nadmierne używanie rozmaitych pożywek, które, zarówno wyskok jak i alkaloidy, energiję czynności życia komórek obniżają, zarówno przy dawkach większych jednorazowych jak i częstszych mniejszych. Tłuszcz w ustroju zwierzęcym w ogóle wytwarza się zawsze i wszędzie w tych przypadkach, w których przyjmowanie potraw jest większe niż je organizm rozłożyć jest w stanie. Mimoto zdarza się wiele przypadków, w których ilość potraw jest w ogóle stosunkowo małą, a przecież polysarcyja się wytwarza, mamy wtedy do czynienia albo już ze stanem patologicznym organizmu albo z „indywidualną dyspozycyją.“ Do dysponujących okoliczności zalicza prof. L.: *a*) wiek dojrzały, w którym do objawów prawidłowych życia należy nagromadzanie się łatwiejsze tłuszczu, *b*) płeć żeńska jest więcéj usposobioną do rozwinięcia się polysarcyi, szczególnie z rozpoczęciem się menopauzy, *c*) dziedziczność, *d*) klimat, jakkolwiek w téj mierze zdania są bardzo podzielone, *e*) wszystkie te okoliczności przypadkowe, które sprawiają, że pokarmy przyjęte nie bywają w organizmie rozłożone na produkty końcowe, n. p. częste utraty krwi, częste jéj upusty, rekonwalescencyja po ciężkich chorobach, długie leżenie po operacyjach cięższych, n. p. złamaniach, amputacyjach, *f*) niektóre leki, jak np. arsen, długo w małych dawkach pobierany; w niektórych przypadkach rozwinęła się polysarcyja po leczeniu antysyfilitycznem lub u robotników koło rtęci zatrudnionych.

Teraz dopiero przechodzi prof. L. do omówienia objawów polysarcyi, które jako dostatecznie znane pomijamy, a przechodzimy w sprawozdaniu wprost do leczenia otyłości, i tu powiada autor, że metody w nowszych czasach używane do jéj zwalczenia dają się podzielić na trzy grupy: 1. dyjetetyczne, 2. zdrojowe i 3. hydroterapeutyczne. (Dok. nast.)

H. K.

Dr. Jessner: **O istocie dyfteryi w płonicy.**

Wystąpienie epidemii płonicy z komplikacyją błonicy w miejscowości Stolpmünde było autorowi pobudką do zajęcia się powyższym tematem. Istota błonicy w czasie płonicy powstałéj dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśnioną. Podczas gdy jedni autorowie przypisują jednemu i temu samemu zarazkowi powstawanie obu chorób, drudzy twierdzą, że płonica i błonica (jako komplikacyja płonicy) odrębne mają zarazki. Autor przychyla się do zapatrywania drugiego, przytaczając na dowód jednakowe wejrzenie sprawy błonicowéj samoistnie i w czasie płonicy powstałéj, jakotéż możebność zakażenia się wyłącznie błonicą, ze wszystkiemi objawami téjże jakoto: zajęciem krtani i porażeniami następowemi, od chorego dotkniętego płonicą, komplikowaną błonicą. Przeciwnicy zapatrywania tego podnoszą, że zajęcie krtani w błonicy samoistnéj jest częstą rzeczą, podczas gdy (w błonicy) w przebiegu płonicy powstałéj należy do rzadkości. Autor zwraca uwagę, że jestto dość naturalném, gdyż błonica posuwa się temi drogami, które nieżytowo są zmienione, w płonicy więc posuwa się błonica w kierunku gardła i trąbki Eustachego. Niewystępowanie porażeń pobłonicowych odnosi autor do tego, że na mięśnie i nerwy zarazek błonicowy nie działa, z powodu równoczesnego istnienia zarazka płonicowego, jestto więc jakoby działanie antagonistyczne. Autor sądzi, że dowody te są dość przekonywające, studyjom jednakże bakteryjologicznym pozostawia stanowcze rozstrzygnięcie identyczności błonicy samoistnéj z błonicą w czasie płonicy powstałą. (*Berl. klin. Wochschrft.* 1887, Nr. 21).

Dr. Halski.

Okulistyka.

Dr. L. Dorkszewicz: **Jaki udział przyjmuje górne ciało czworacze w przeniesieniu podniety światła z siatkówki na jądro n. okoruchowego?**

Prócz prac, o których zdałem sprawę w sprawozdaniu ze Zjazdu lekarskiego w Moskwie, zasługuje na wzmiankę także artykuł Dra D., umieszczony w 2gim tomie „*Trudy wtoraho Sjezda rus. wraczej* (Moskwa, 1887, dział chorób nerwowych, str. 79—85).

Wiadomo, że jedni autorowie widzą pewną łączność między uszkodzeniem górnego ciała czworaczego ze zmianami w oddziaływaniu żrenicy na światło (Flourens, Hertwig, Longet), gdy tymczasem drudzy nie przypu-

szczają téj zależności i zmiany ze strony źrenicy tłumaczą uszkodzeniem nie samego c. czworaczego, lecz rozmaitych części mózgu, sąsiadujących z tém ostatniém (Renzi, Knoll, Betcherow).

Nasz autor robił doświadczenia na królikach, raniąc za pomocą sagitalnych cięć rozmaite części ciał czworaczych. Wyniki tych doświadczeń przemawiają na korzyść pierwszych autorów z pewną jednak różnicą. Główną tu rolę odgrywa *commissura cerebri posterior*, a mianowicie gdzie przy doświadczeniu spostrzega się naruszenie reakcyi źrenicy (*mydriasis*), tam zawsze sprawdza się uszkodzenie *comissurae cer. posterioris* i przeciwnie, gdzie po operacyi źrenica funkcyjonuje prawidłowo, tam *comissura* ta przy cięciu nie została uszkodzoną.

D. dochodzi do następujących wniosków:

1) Uszkodzenie górnego c. czworaczego niesięgające w głąb daléj nad *aq. Sylvii* i niepołączone z uszkodzeniem jąder n. okoruchowego może wywołać zmiany w reakcyi źrenicy takie same, jakie dają się spostrzegać po całkowitém przecięciu nerwów okoruchowych.

2) Zmiany te zależne są od uszkodzenia *comissurae cerebri posterioris*, t. j. przewodnika podniety światła z siatkówki na jądra n. okoruchowego, leżące częścią w istocie *c. quadrig. superioris* nad *aq. Sylvii*.

3) Każde odosobnione uszkodzenie c. czworaczego górnego, skoro tylko nie jest połączone z uszkodzeniem *comissurae cer. post.*, pozostaje bez żadnego wpływu na prawidłową funkcyję źrenic. *Dr. J. Talko.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Inną wreszcie ważną okolicznością kwalifikującą do praktyki leczniczéj i zapewniającéj powodzenie, jestto charakter duchownego i tytuł pielgrzyma (*hadży*) do grobów czczonych proroków. Wtedyto poważny zwykle doradzca staje się osobistością poszukiwaną; obok niego zwykli się grupować inni mniéj uprzywilejowani; jego zdanie, oparte prawie zawsze na wyciągu z jakiegoś nieznanego rękopisu, uważają za nieomylne i choć praktyka nieraz mu zaprzeczy, to nie przeszkadza, że indywiduum ma znaczenie prawdziwego koryfeusza nauki. Pomimo, że brak im wiadomości fachowych, muszę jednak dodać, że obcowanie z tym rodzajem perskich lekarzy-samouków przedstawia pewien interes. Przy całéj ich powadze zmuszającéj ograniczać się do wzorowéj małomowności, niemniéj jednak są oni gadatliwi, chętni dowiedzenia się rzeczy sobie nieznanych, są przyjaźni dla obcych i nie trzymają w tajemnicy sposobów, jakich używają w leczeniu swych chorych. Drugą zaletą jest u nich i to jeszcze, że wbrew wschodniemu zwyczajowi uważającemu duchownych za posiadających siłę niezwykłego a nawet nieomylnego leczenia, żaden z nich nie bawi się w pisanie amuletów, nie okadza, ani zamawia choroby, nie opluwa swych chorych, a tylko jak przystało na przedstawicieli swojskiéj praktyki, doradza tylko środków nieomylnych w tém tylko znaczeniu, że nigdy nie szkodzą, a niekiedy pomagają.

Jakąkolwiek zaś jest kategoryja perskich leczących z wyjątkiem tylko wędrownych *mirzów*, każdy z nich posiada własną budę przeznaczoną do przechowywania wszystkiego co praktyk miejscowy używa ku zapracowaniu na podtrzymanie własnego bytu. Przy takiéj budzie otwieranéj co rano na kilka godzin zwykli się zgromadzać chorzy z rozmaitych klas miejscowego społeczeństwa. Kobiety i dzieci, paralitycy wiezieni na osiołkach, starcy przynoszeni na barkach, indywidua przedstawiające bardzo ciekawe przykłady chorób skórnych, ślepi, trędowaci, słowem wszystko to co się leczy naparami lub wywarami, z wyjątkiem jedynie dotkniętych cierpieniami należącemi do zakresu chirurgii, któréj znajomości stanowczo odmawiają każdemu, kto się oświadczył, że jest *hekim* a nie *dżarah* (lekarz i felczer). Tego rodzaju podział miejscowych praktyków odgrywa tu bardzo ważną rolę. Bo nikt z dotkniętych potrzebujących pomocy felczera nigdy nie uwierzy, ażeby zajmujący się leczeniem chorób wewnętrznych mógł mu coś pomódz. Jak również nikt choćby tylko dotknięty pospolitym tu świerzbem nie uda się do cyrulika, aby go uwolnił od dokuczliwego pasorzyta, lecz będzie szukać budy i siedzącego w niéj doradzcy. Od niego też otrzymuje napary lub wywary z rozmaitych części pewnych ziół, proszki lub pigułki już gotowe lub przygotowane na poczekaniu, podczas gdy inny potrzebujący maści lub opatrunku z żółtka, najczęściéj tu używanego na wszelkie rodzaje złamań, musi go szukać nie w budach dla każdego przystępnych, a tylko w domu lub balwierni, gdzie tutejszy chirurg zwykł utrzymywać i siebie i znane sobie sposoby lecznicze.

Leczenie zamożniejszych chorych nawet i w Persyi odbywa się po domach. Nie ma tu bowiem zwyczaju, ażeby mający pewne znaczenie udawali się szukać doradzcy poza bramą swoich siedzib. I choćby cierpienie ich było najlżejszém, nazywa się tu upokorzeniem nie tylko szukanie pomocy w budzie doradzcy, ale nawet odwiedzanie jego mieszkania. To też jest i przyczyną, że zawezwany praktyk przedtém nim zobaczy chorego najprzód zwykł się dowiadywać od posłańca o stopniu i charakterze cierpienia. I stosownie do tego, czego się dowie, zaopatruje kieszenie w rozmaitości lecznicze i przybywszy do chorego ma już w pogotowiu wszystko, co zdawało mu się potrzebném. Badanie chorego oczywiście powierzchowne tylko dopuszcza też i leczenia go li tylko przypadowo. Doradzca jest obowiązany sam przygotować swój lek, pozostać dopóki chory go nie weźmie, a gdy sądzi, że praktyka jest zyskowną, to nie opuszcza domu chorego aż do chwili tak tu zwanego *jachczyłyk*, czyli przełomu w cierpieniu, który mu pozwala powrócić do zewnętrznéj klijenteli. Narady koleżeńskie pośród wspomnianéj kategoryi lekarzy perskich są zupełnie nieznane. Każdy z nich obawiając się współzawodnictwa, zwykł unikać drugiego i raz powołany do chorego stara się słowem i czynem usposobić otaczających do nieodwoływania się do innych, oświadczając nawet gotowość pozostania przy cierpiącym aż do wyprowadzenia go z kłopotu. Podobna ofiarność często dobrze bywa wynagradzaną: klacz z pięknym rzędem, cenny szal, szczypta turkusów, paki wełny lub kilka worków ryżu, pulchny kożuch wyrobiony w Asterabadzie, dywan wreszcie, przyjmowane bez żenady przez tutejszych praktyków, wzbijają ich w dumę, a dzięki gościnności opartéj na otrzymanych zasobach spiżarnianych, pociągają za sobą coraz większe rozszerzenie kółka wielbicieli. Lecz znane są i takie przypadki, w których z powodu niemożności wyprowadzenia chorego z kłopotu tylko lub grożącego mu niebezpieczeństwa, leczący spotyka się z przykrościami gdzieindziéj nieznanemi. Sztylet syna lub krewnego, wsadzenie do wilgotnéj nory, przywiązanie do drzewca namiotu, kilkodniowe morzenie głodem, wreszcie pospolite obicie kijem lub chłosta goleni

oplecionemi drutem rurkami od *nargileh*, spotkały niejednego z tutejszych praktyków, których przemysł leczniczy zawiódł w przedsięwzięciu. I jakkolwiek ostatnia ta nagroda spadać zwykła na karki mniéj popularnych, to należy jednak przyznać, że prawdziwi Persowie stronią od jéj zastosowania i że wyłącznie tylko Kurdzi zwykli się posuwać do dzikiego traktowania tych, których całą winą jest brak wiadomości i niedająca się ująć w karby siła tego lub owego stanu chorobowego. Dla tegoto i Kurdystan perski jest słusznie uważany za niebezpieczne i niewdzięczne pole popisu dla tutejszych praktyków, którzy go zdala omijają, nie formalizując się wcale, jeżeli jakiś bardziéj przedsiębiorczy Semita zbiera tam plony, dzięki tylko godnéj zacytowania odwadze, bezwzględnéj gotowości zwalczania przeszkód, a niemniéj téż i darowi słowa, jakim wywiera stanowczy nieraz wpływ na otaczających chorego. I gdy w prowincyjach północno-wschodnich i południowych dominują przeważnie doradzcy pochodzenia perskiego, to w Azerbejdzanie i okolicach północno-wschodnich i daléj aż do perskiego Arabistanu palma pierwszeństwa w leczeniu została pozostawioną Izraelitom. Sięgnąwszy zaś nieco daléj poza Szyras i Ispahan w liczbie leczących nie spotykamy znowu Persa lub Semity, a tylko egzystujący tu od wieków wpływ arabski a po części i indyjski zdołał wytworzyć typ praktyków chętnych do pracy i zdolnych stać się wykształconymi, gdyby tylko dane im były środki po temu. Z tych téżto właśnie okolic pochodzą ci z małéj liczby tutejszych lekarzy, którzy dzięki osobiście posiadanym sposobom zajmują dziś wybitne stanowiska w urzędowym ustroju Persyi. Liczba ich wszakże jest bardzo szczupłą, za słabą do koniecznego zmiażdżenia tradycyjnéj powagi praktyków-samouków, jednakże rozwijająca się powolnie i pozwalająca rokować, że z czasem wykształcony lekarz perski zadominuje tak zdolnościami jak i wiedzą nad swym sąsiadem kolegą tureckim.

Gdy zaś odkryłem źródło, z którego pochodzą niektórzy z lekarzy perskich posiadających pewne wykształcenie fachowe, wypada mi omówić drogi i sposoby, jakiemi ciekawy ten kraj doszedł do wyrobienia tych sił, jak powiedziałem, wzmacniających się choć tylko powolnym rozwojem. Po zamordowaniu w Teheranie w roku 1848 posla rosyjskiego rozpoczął się dla Persyi okres wejścia na drogę postępu. Ostatnich parę lat rządów szacha Mohameta zaznaczyły się bardzo wydatną dążnością zapoznania się z zachodem i w tym celu kilkunastu młodych Persów wysłano do główniejszych stolic Europy dla wykształcenia się w rozmaitych fachowych gałęziach. Gdy wkrótce ujął rządy silną ręką dziś panujący szach, liczba tych pijonijerów nauki powiększyła się do sześćdziesięciu, z których 20stu przeszło oddało się studyjom medycyny. Rząd nie ograniczając czasu pozostawania za granicą swych wychowańców, powierzywszy tylko opiekę nad nimi przewodniczącym odpowiednich zakładów (a nie dyplomatom, posłom, jak to czynili Turcy), postarał się, ażeby i w samej stolicy przygotować dla nich odpowiedni teren, na którymby po powrocie do kraju mogli rozwijać z korzyścią zdobyte za granicą wiadomości. W tym celu zaproszono z Paryża Dra Tolozana, który zaszczycony pełném zaufaniem i przyjaźnią panującego, z całą energiją zajął się zbadaniem stosunków sanitarnych Persyi. Wkrótce za nim przybyli z Wiednia Drowie Polak i Schlimer, z Paryża pierwsi wychowańcy fakultetu medycznego mirza Kazym i Ali, i tak utworzone kółko w parę lat przeobraziło się w komisyję, któréj powierzono założenie szkoły lekarskiéj w Teheranie. Trudności co do posiadania odpowiedniego lokalu łatwo usunięto. Panujący bowiem zajęty upiększaniem stolicy kazał ciągle wznosić nowe gmachy, a kierując się przeważnie zdaniem Dra Tolozana, odpowiedział koniecznéj potrzebie, oddawszy do rozporządzenia komisyi odpowiednią budowę, w któréj został założony pierwszy w Persyi i jedyny do dziś dnia szpital zwany *Mereshane*. Większe daleko trudności spotkano w wynalezieniu chorych. I gdy liczba ich równała się jednostce zaledwie, a celem Dra Tolozana było otwarcie szkoły lekarskiéj, komisyja zajęła się najprzód tłumaczeniem dzieł klasycznych na język perski i czego Turcy dotąd nie dokonali w swych patryjotycznych nowatorstwach szkolnych, tego w Teheranie kilku ludzi dobréj woli dokonało w ciągu paroletniego okresu czasu. Oto bowiem Dr Tolozan przetłumaczył dzieło Skody „o przysłuchu i wypuku“ i Chomela „o zimnicach.“ Dr Polak opracował chirurgiję (*dżarachye*), choroby skóry (*emrazy dżyldy*), anatomiję opisową (*teszrehy*) i choroby oczu (*emrazy ajny*). Patologiję ogólną opracował mirza Kazym, choroby nerwów (*esabany*) mirza Ali. Farmakologiję i botanikę przetłumaczył Dr Schlimer; fizyjologiję mirza Kiza; chemiję, fizykę i dział o elektryczności i jéj zastosowaniu mirza Kazym. Praca tłumaczeń postępując raźno, wkrótce pozwoliła, że w miejscowéj drukarni odbito odpowiednią ilość egzemplarzy, które przeniesione do zakładu dały początek księgozbiorowi najprzód, a następnie i dość już rozwiniętéj dziś perskiéj literaturze lekarskiéj. Kształcący się za granicą młodzi Persowie wkrótce po otwarciu biblijoteki zostali powołani do kraju i w rok późniéj, gdy się zapewniono, że przyswoili sobie terminologię naukową i że przygotowane podręczniki mogą na początek wystarczyć do rozpoczęcia studyjów medycyny, dzięki energii Polaka i Tolozana, dążnościom postępowym panującego i niektórych dygnitarzy korony, otwarto szkołę lekarską w Teheranie. Przyjąwszy język perski za wykładowy, nie odrzucono jednak obcych dyjalektów. Lecz przeciwnie uzupełniając wykłady fachowe lekcyjami języka i literatury angielskiéj i francuskiéj uczyniono je obowiązującemi do egzaminu, wyznaczając dość wysokie nagrody dla uczących się, którzyby daléj kontynuowali przerwaną na chwilę pracę komisyj tłumaczeń. Ten rodzaj zachęty, a niemniéj téż i postanowienie szacha wysyłania zdolniejszych uczniów do Europy dla uzupełnienia ich studyjów, rozbudziły do wysokiego stopnia chęć do pracy wynagradzanéj wspaniałomyślnie, a i na przyszłość zapewniającéj byt wygodny. W rozwoju téż téj nowéj naukowéj instytucyi perskiéj niemały wpływ wywierała także i pewność o poważaniu, jakiego doznają leczący ze strony ludności. Jeżeli bowiem niewykształceni doradzcy cieszą się poważaniem ogółu i nie spotykają powodu do narzekania na byt swój oparty na zajęciu, do którego nie są ukwalifikowani, témsamém wychowańcy szkoły fachowéj w Teheranie mogli liczyć na powodzenie znalazłszy się raz na scenie samoistnego działania. Przewidywania nie zawiodły ich zbytecznie. Po pierwszym czteroletnim okresie fakultet perski był już w stanie wydać jedenastu lekarzy, z których każdy zaznaczony tytułem *szems-ihtyba* (słońce-lekarz) i poparty nową ustawą rządową otrzymał stanowisko jużto w saméj stolicy lub téż w głównych miastach pewnych prowincyj. Panujący z własnéj szkatuły kazał wydać odpowiednią sumę na wyekwipowanie tych pierwszych tu pijonierów ścisłéj nauki, zaopatrując każdego w podręczną apteczkę, zawierającą wszystko, co jest niezbędném dla rozpoczynającego praktykę lekarską. Że zaś już samo otwarcie szkoły lekarskiéj w Teheranie

niemile było widziane przez dziedzicznych doradzców, przewidujących możebną utratę dotychczasowych zysków, rzecz więc prosta, że przybycie na prowincyję ludzi z pewném wykształceniem spotkało ze strony zagrożonych nieprzełamany opór. Walka o byt młodszych i starszych rozpoczęła się wschodnim zwyczajem. Rządzcy prowincyj pozostając pod wpływem duchownych, z których niejeden był ich wypróbowanym doradzcą, odmawiali poparcia, a nawet znać nie chcieli nowoprzybyłych. Zaufani w talent dziedziczny dotychczasowych swych lekarzy, poważając ich ryże brody lub białe turbany, ze wzgardą tylko traktowali nasłany sobie żywioł, w przekonaniu, że nawet obcowanie z tego rodzaju ludźmi (nie mówiąc już o wprowadzeniu ich do domów) jest dla prawowiernego *szeity* czémś gorszém od tradycyjnego nieochędostwa. W takich znalazłszy się warunkach sami niezupełnie jeszcze wolni od przesądów, młodzi lekarze musieli je zwalczać nie słowem jednak, lecz tylko czynem, bo ten ostatni, jako coś bardziéj imponującego, jedynie oddziaływał przekonywająco na czuwającą nad swém dobrem kastę malkontentów. Nie ograniczano się jednak do samego tylko oszczerstwa. W Aleszecie i Szyrasie zwrócono się nawet do środków pospieszniéj działających, jak np. filiżanki kawy wyłącznie przygotowanéj, którą poczęstowany kolega szybko stawał się ofiarą obłudnéj gościnności. Powoli jednak i w miarę powiększania się po prowincyjach wychowańców szkoły teherańskiéj wpływ ich i znaczenie stawały się coraz wydatniejszemi. I choć długo jeszcze trwać będzie nienawiść samouków ku bardziéj wykształconym, to jednak wzorowe zachowywanie się tych ostatnich, ich gotowość niesienia pomocy każdemu, do jakiéjkolwiek należy warstwy, a niemniéj i posiadanie środków, przez zastosywanie których zwykło się otrzymywać bardziéj widoczny skutek, przechylają szalę pierwszeństwa na stronę wychowańców szkoły teherańskiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wskazówki według rad najwyższéj Rady sanitarnéj, udzielone przez Ministerstwo władzom politycznym do ogłoszenia, jak się ma wykonywać desinfekcyję po chorobach zakaźnych.

(Rozp. z d. 16 sierpnia 1887).

I. Uwagi wstępne.

1. Dla skutecznego zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych, obok starania się dla chorego o świeże powietrze, o czystą wodę, zdrowy grunt, czyste utrzymywanie izby chorego, chorego samego i jego otoczenia, mamy wiele środków, za pomocą których zarazki albo produkty zaraźliwe, które z chorego organizmu wychodzą, a na zdrowych przeniesione w nich tę samą chorobę wywołują, można zniszczyć albo aż do nieszkodliwości zmienić, a gdzie się to nie udaje, przynajmniéj czasowo nieszkodliwemi je uczynić, aż się dostaną w takie miejsce, zkąd już szkodzić nie mogą.

2. Istota pierwiastków zakaźnych. Najnowsze badania wykazały, że najwięcéj dotychczas bliżéj znanych istot zakaźnych należy do roślin i to do grzybów, działu schyzomycetów. Czy i t. zw. nieukształtowane fermenty także jako istoty zakaźne działają, nie można jak na dziś na pewne rozstrzygnąć: w każdym jednak razie można na podstawie spostrzeżeń przypuścić, że te same środki, które istoty zakaźne roślinne nieszkodliwemi czynią lub je zupełnie niszczą także wystarczają aby i nieukształtowane zaczyny nieszkodliwemi uczynić.

3. Przenosiciele zarazka. Istoty zakaźne, które się do organizmu ludzkiego dostały i w nim w przebiegu choroby się rozmnożyły (koki, prątki) opuszczają go znowu razem z rozmaitemi wydzielinami i wydalinami. Stosownie do narządów, w których się jad usadowił, napotyka się zarazki albo w kale (cholera, dur brzuszny, czerwonka), albo w wydzielinach gruczołów i błon śluzowych (dyfteryja, przyrzutowe zapalenie oka, gorączka popołogowa, krztusiec, gruźlica), albo w treści wysypek skórnych i w łuszczącym się przyskórku (ospa, odra, płonica, w ostatniéj chorobie i w moczu), albo wreszcie na powierzchni ran i wrzodów (róża, wąglik, nosacizna).

4. Zachowanie się istot zakaźnych. Istoty zakaźne, które z chorego dostały się na zewnątrz, zostają na nim samym i na wszystkich tych przedmiotach, z któremi się tenże lub jego wydzieliny zetknęły. Grzybki chorobotwórcze utrzymują się wśród korzystnych zewnętrznych warunków długi czas przy życiu i zachowują zdolność rozwijania się i rozmnażania.

To ostatnie dotyczy szczególnie tych schyzomycetów, które albo już w organizmie ludzkim, co rzadko się zdarza, albo po opuszczeniu go rozwijają t. z. zarodniki, które jeszcze większą mają oporność w obec zewnętrznych wpływów niż ich formy pierwotne, z których powstały, a które z nich na nowo się rozwijają.

Trzeba więc zawsze jak najprędzéj niszczyć istoty zakaźne, lub uczynić je nieszkodliwemi, ażeby sprowadzić śmierć mniéj odpornych wegetatywnych postaci schyzomycetów, zanimby przez dłuższe zwlekanie zarodniki śród korzystnych warunków się rozwinęły, które nietylko że do ich zniszczenia potrzeba dłuższéj i energiczniejszéj dezinfekcyi, nadto po zasuszeniu się ich przenosicieli jako pył w powietrzu się roznoszą i w ten sposób z trudnością działaniu środków desinfekcyjnych ulegają.

5. Choroby zaraźliwe: Do chorób, przeciw zawleczeniu których powinno się desinfekcyję przeprowadzić, należą: 1) cholera azyjatycka, 2) ospa, 3) dyfteryja, 4) dur plamisty i powrotny, 5) dur brzuszny, 6) czerwonka epidemiczna, 7) płonica, 8) odra i różyczka, 9) róża i choroby przyranne, 10) wąglik i nosacizna, 11) choroby popołogowe, 12) zaraźliwe zapalenia oka, 13) gruźlica i krztusiec.

6. Sposób postępowania. Środek desinfekcyjny i sposób, jaki w danym razie ma być zastosowany, zależy nie od choroby, lecz od przedmiotu, który się ma odrażać; dla tych samych przedmiotów w różnych chorobach zakaźnych postępowanie pozostaje to samo. Za to rozmiary desinfekcyi przedmiotów, do których się ona ma rozciągnąć, mają być w każdym przypadku, stosownie do rodzaju choroby, do zewnętrznych okoliczności i stosunków życia chorego podane przez urząd sanitarny lub lekarza rządowego; ostatni ma w każdym przypadku zasięgnąć potrzebnych informacyj od ordynującego lekarza.

W ogóle trzeba w chorobach od 1 do 7 desinfekcyję na większą skalę, a w chorobach od 1 do 4 dłużéj trwającą przeprowadzić, podczas gdy w reszcie chorób mniéj rozległą i tylko na rzeczy bezpośrednio przez chorego używane rozciągającą się desinfekcyję należy w tych przypadkach szczególnie uważać za dostateczną, w których w pokoju przeznaczonym do desinfekcyi jeden chory tylko się znajduje, a gdzie się dostatecznie starano o szybkie wydalenie i usuwanie istot zakaźnych, gdzie je szybko czyniono nieszkodliwemi, często izbę przewietrzano i czysto utrzymywano.

Szczególnie ściśléj desinfekcyi powinno się poddawać wydaliny i wydzieliny chorego, za przenosicieli istot zakaźnych uważane. (C. d. n.)

(H. K.) Brit. med. Journ. nawięzując do przypadku ogłoszonego w tém czasopiśmie przez Dra Simsona, w którym chłopiec pewien dostał szkarlatyny po przeczytaniu książki wypożyczonéj u kolegi szkolnego chorobą dotkniętego, radzi, aby w biblijotekach publicznych i wypożyczalniach zaprowadzić pod tym względem ten sam zwyczaj, jaki już w niektórych miastach przyjęto, a mianowicie: lekarz sanitarny przysyła właścicielowi wypożyczalni spis dzieci zapadłych na chorobę zakaźną, ostatni znowu zawiadamia odpowiedniego abonenta, żeby książek nie odnosił sam, ani nie odsyłał, aż choroba zakaźna w jego domu ustanie, poczém się je w umyślnie ku temu celowi urządzonym aparacie odwietrza. (*Wiener med. Presse*, 1884, Nr. 34).

(H. K.) Prof. Uffelmann w Rosztoku zwraca uwagę w dodatku do *Deut. Vierteljahresschrift f. Gesundheitspflege* na nieostrożność, z jaką starają się utrzymać napoje w stanie zimnym, używając do tego naturalnego lodu, który się do napoju wprost wrzuca. Bischoff i Fränkel wykazali w naturalnym takim lodzie

bardzo wiele bakteryj i zarodków, które zdrowiu zaszkodzić mogą. U. opierając się na własnych badaniach, radzi używać w takim razie lodu zrobionego sztucznie z wody destylowanéj; lodu naturalnego wtedy tylko można używać do oziębiania napojów, jeśli nie styka się wcale z płynem, który służy do picia a ochładza naczynia tylko od zewnątrz. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 35).

(H. K.) Znakomite skutki w przypadkach krztuśca widział Dr. Mohn, lekarz norwegski, po nakadzaniach siarką. Występowało jeszcze wprawdzie po nich kilka silnych napadów kaszlu, ale za to już się nie wracały. Radzi on to urządzać w ten sposób, że zrana przenosi się chore dziecko do innego pokoju, a w pokoju, w którym dziecko ma spać zapala się siarkę i przez 5 min. nakadza; wieczorem przenosi się dziecko do jego sypialni, a nazajutrz ma wstać wolne od napadów. Siarki bierze się mniéj lub więcéj tyle, aby wypadało 6 drachm na jeden metr. sześc. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 35).

○ Według świeżo wydanego spisu lekarskiego Królestwo Polskie liczy 4364 lekarzy, 554 weterynarzy, 148 okulistów i dentystów. Aptek ogółem jest 443.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 15 września. Z dzienników politycznych dowiadujemy się, że grono Wydziału filozoficznego we Lwowie stara się u Ministerstwa Oświecenia o utworzenie Wydziału lekarskiego w Uniw. Lwowskim i w tym celu obrało drogę i formę nową. Otóż grono profesorów nie żąda utworzenia Wydziału lek. od razu, lecz na wstępie prosi o ustanowienie docentów dla dwóch przedmiotów, które mogłyby pomieścić się w programie naukowym wydziału filozoficznego i służyć za zawiązek przyszłego wydziału lekarskiego. Przedmiotami temi są anatomija opisowa i fizyjologija. Dla wykładów anatomii kandydat zupełnie uzdolniony znajduje się we Lwowie (niewątpliwie prof. anatomii w zakładzie weterynarskim Dr. Henryk Kadyi), dla fizyjologii wypadałoby dopiero przysposobić siłę naukową przez udzielenie stypendyjum rządowego kandydatowi upatrzonemu. Grono profesorów wydziału filozof. żąda tedy od Ministerstwa dotacyi dla docenta anatomii i stypendyjum w kwocie 1.500 zła. dla kandydata, któryby za granicą uzupełnić mógł swoją wiedzę, aby potém objąć docenturę fizyjologii.

* P. Znamirowski, aptekarz i radny miasteczka Kopyczyńce w Galicyi donosi nam, że w skutek polecenia c. k. Starostwa w Husiatynie rozpisany został konkurs na lekarza miejskiego tamże z płacą roczną wprawdzie tylko 100 zła. wynoszącą, ale lekarz miejski, jeżeli będzie Drem med., miałby liczne czynności urzędowe i sądowe. Kopyczyńce leżą w bogatéj okolicy podolskiéj, mają do 7.000 mieszkańców, w okolicy mieszkają zamożni panowie, a lud w ogóle cieszy się dobrobytem.

* **Warszawa**. Dr. K. P. Kowalkowski, docent i asystent prof. Dobrosławina został mianowany nadzw. profesorem higijeny w Warszawie. — Plany mającego się budować w Tworkach domu obłąkanych zostały przez Ministerstwo zatwierdzone. (*Medycyna*).

* **Rosyja**. W Dorpacie liczba uczniów wynosi obecnie 1658 (w r. przeszłym 1719), z tych medyków i farmaceutów jest 861. Ponieważ zapisało się świeżo 145 uczniów, więc z 20 aspirantów żydowskich przyjęto tylko 7, t. j. 5% według ostatniego ukazu. — W Moskwie liczba medyków na 1ym roku nie może przekroczyć 250, żydów zaś 3%. — W Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu przyjęto świeżo 150 uczniów; żonatych przyjmować niewolno.

* **Wrocław**. Zmarły niedawno prymaryjusz Dr. Wiktor Friedländer przeznaczył 100,000 marek, do których późniéj jeszcze 135,000 m. ma być dołączonych, na oddział dla rekonwalescentów, oraz 20,000 marek, z których procent roczny ma być przeznaczony na podróż naukową jednego z lekarzy pomocniczych szpitala WW. Świętych we Wrocławiu, który przez kolegów swych jako najgodniejszy wybrany zostanie. (*Bresl. ärztl. Zeitung*).

* Zjazd międzynarodowy w Waszyngtonie otwarty został d. 5 b. m. w tameczném operze przez prezydenta Clevelanda. Zebranych było 5,000 lekarzy, z których $^2/_3$ przypada na Amerykę. Na przywitanie lekarzy zagranicznych przez sekretarza stanu odpowiedział w imieniu Niemców Dr. Unna z Hamburga.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk**. Docent prywatny Dr. Maurycy Loewit, mianowany został nadzw. profesorem patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* **Zmiany w korpusie oficerskim wojskowo-lekarskim**. Przeniesieni zostali: lekarze pułkowi 2éj kl. Jan Pawlików do pułku 25 piechoty, Zdzisław Juchnowicz Hordyński do komendy w Zadarze, lekarze starsi: Justyn Karliński do 31 pułku piechoty, Michał Lewicki do 3go pułku dragonów. Mianowani: starszym lekarzem w armii czynnéj Dr. Grzegórz Turzański (przy szpitalu garnizonowym Nr. 1 w Wiedniu); starszym lekarzem w rezerwie Dr. Tadeusz Kijas (w 57 pułku piechoty), asystentami w rezerwie Drowie Eugieni Lachowicz i Stanisław Momidłowski (przy szpitalu garnizon. Nr. 15 w Krakowie).

* **Nekrologija**. W rodzinném mieście Maryjenbadzie umarł d. 5 bm. prof. nadzw. patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Insbruku Dr. Michał Dietl, licząc lat 40 zaledwie. Był on asystentem prof. fizyjologii Vintschgaua, późniéj objąwszy katedrę patologii ogłosił kilka prac histologicznych i z dziedziny patologii doświadczalnéj; wkrótce jednak zapadł na chorobę mózgową, a zastępstwo pełnił prof. Schott. Ponieważ i ostatni równocześnie umarł, więc obecnie w Insbruku opróżnione zostały 3 katedry w wydziale lekarskim: anatomii patologicznéj, patologii ogólnéj i medycyny sądowéj, z których drugą właśnie obsadzono.

W Budapeszcie umarł z zapalenia płuc Dr. Arpad Bakody, prymaryjusz szpitala, syn profesora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* 1887, zeszycie II: Noiszewskiego: Barwikowica (*retinitis pigmentosa*) i choroby pamięci i woli; Trzebickyego: O operacyjném leczeniu ostrego zap. otrzewny; Zieleniewskiego: Słownik biblijograf. balneologiczny krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — W *Medycynie* Nr. 37: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych jako dopełnienie prac własnych poprzednich (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Przeborskiego: Obecne metody leczenia gruźlicy krtani; Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań oraz statystyka szczepień w Warszawie (dok.).

Redakcyja otrzymała:

S. DANIŁŁO: Sluczaj idiotizma (z kliniki prof. Mierzejewskiego). Odbitka z Wiestnika psych. in 8vo, str. 11.

C. F. KUNZE: Podręcznik medycyny praktycznéj. Przekład z 9go wydania niemieckiego z r. 1887 dokonany za upoważnieniem autora przez Stanisława Kleina i Aleksandra Fruchtmana, Warszawa 1887, in 8vo str. 256. (Zeszyt 2gi i ostatni wkrótce wyjdzie z druku).

Dr. St. Szcz. ZALESKI: Zur Frage ü. d. Ausscheidung d. Eisens a. d. Thierkörper u. z Frage ü. d. Mengen dieses Metalls bei hungernden Thieren. (Odbitka z Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. XXIII) in 8vo str. 15.

Dr. W. Antoni GLUZIŃSKI, docent Uniw. Jag.: O fizyjologiczném i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny (z pracowni fizyjol. prof. Cybulskiego i z kliniki lek. prof. Korczyńskiego) z 3 litogr. tabl. i 17 rycin. w tekscie. (Odbicie z XIII tomu Pam. Akad. Umiej.) Kraków 1887, in 8vo str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie.

MARPMANN G. Allgem. Betrachtungen üb. Spaltpilz-Infections-Krankheiten. gr. 8. Leipzig, Verl. d. „Reichs-Med.-Anz.“ M. 1.

LOEBISCH W. F. Ueb. d. neueren Behandlungsweisen d. Fettleibigkeit. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 1 50.

PEISER L. Die Lebersyphilis. gr. 8. Leipzig, Fock. M. 1 20.

Sprostowanie. W Nr. 37 str. 507 w szpalcie 1éj w. 15 od dołu zamiast „po 8 grm. arszeniku“ ma być „8mg. arszeniku“, a w wierszu 14 zamiast „1 grm.“ ma być „1 mg.“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Ogłoszenie zadań konkursowych dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny!

Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiell. w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj ś. p. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w d. 8 lipca 1887:

I. Przeznaczyć 5 nierównych nagród; dwie po 300 zła. a 3 po 200 zła.

II. Nagrody mają być wydane za najlepsze rozwiązanie następujących zadań;

1) Skreślić stosunek endemiczny matołectwa i wola w Galicyi zachodniéj pod względem jego rozkrzewienia szczególnych siedlisk, objawów bijologicznych i mikroskopowych, przyczyn ze szczególném poszukiwaniem mikrobów, czy i o ile one na rozwój lub stopień cierpienia wpływają, tudzież środków zaradczych leczniczych lub łagodzących.

2) Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych w stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobiny.

Powyższe dwa temata ogłasza się powtórnie.

3) O przyrodzie ciałek nerwowych.

4) Na tle nowszych wiadomości o działaniu i porażeniu istoty mózgowéj podać nową racyjonalną metodę dezinfekcyi ran mózgowych.

5) O wpływie przekrwienia biernego na tkankę łączną, czy i w jakich warunkach przekrwienie bierne sprowadzić może przerost tkanki łącznéj.

6) O zaburzeniach w krążeniu włosowatém i znaczeniu tychże.

7) Jakie są przyczyny niejednostajnéj pobudliwości rozmaitych części jednego i tego samego nerwu?

8) Jakiemi drogami i w jakiéj postaci przechodzi tłuszcz i mydło z jelit do ogólnego obiegu?

9) Czy rzeczywiście istnieją w nerwach błędnych włókna zmieniające siłę skurczu serca bez zmiany rytmu?

10) Na czém polega mechanizm rozszerzenia naczyń pod wpływem drażnienia nerwów rozszerzających naczynia?

11) Przedstawić na dostępnym materyjale klinicznym i anatomicznym częstość, z jaką w naszym kraju pojawia się nerka ruchoma i jakie przyczyny wpływają na jéj powstawanie?

12) Ponieważ długość jelit ma zależeć od sposobu żywienia się, stwierdzić własném badaniem, jaki stosunek zachodzi między długością jelit u naszéj ludności miejskiéj i wiejskiéj.

Do nadesłania prac wyznacza się termin **do Igo maja 1888 r.**

Wysokość nagrody ma nie zależeć od wyboru zadania, lecz od stopnia wartości naukowéj nadesłanéj pracy.

Tylko takie prace mają być nagrodzone, które się okażą godnemi ogłoszenia ich drukiem.

Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Kraków dnia 2 września 1887. *Prof. N. Cybulski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 24 Września 1887. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

VIII.

Zgwałcenie dwukrotne. Tętniak międzywarstwowy aorty. Związek przyczynowy?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Maryjanna K., około lat 24 licząca dziewczyna wiejska, według twierdzenia służbodawcy przedtém zdrowa i moralne życie prowadząca, d. 5 kwietnia popołudniu wyszła z polecenia służbodawcy do wsi sąsiedniéj. W drodze spotkał ją p. X. i zapytał, czy wieczór powróci do domu. Gdy istotnie pod wieczór wracała, czychający na nią w polu p. X. miał ją zachęcić do spółkowania, a gdy się opierała, miał ją objąć, rzucić na ziemię, przyczém razem z nią miał upaść i zaspokoić chuć swoją na niéj pomimo oporu. Zaledwie dokonał był swego, gdy usłyszawszy kroki nadchodzącego człowieka, zerwał się i uciekł. Nadchodzącym był wójt miejscowy Y., który spostrzegłszy uciekającego zapytał się Maryjanny, czy spółkowała z p. X., a otrzymawszy odpowiedź przeczącą, towarzyszył Maryjannie namawiając ją do spółkowania, a wreszcie objąwszy ją rzucił na ziemię, przyczém również upadł razem z nią i pomimo oporu spółkował z nią. Tym razem natychmiast po upadnięciu Maryjanna uczuła „chrupnięcie w plecach“ i ból gwałtowny; śród spółkowania z wójtem doznawała naprzemian gorąca wielkiego i dreszczy, a podniósłszy się czuła się tak słabą, że z trudnością zawlekła się do domu. Szczegóły te Maryjanna podała później, acz niechętnie, a znane one są tylko z zeznań świadków, a głównie matki, któréj całe zajście opowiadziała, sama bowiem nie była przesłuchaną, ponieważ sąd dopiero po jéj śmierci o zajściu się dowiedział. Według zeznania służbodawcy Maryjanna, która wyszła była z domu zdrową, wróciła po godzinie 7méj wieczór słabą, narzekając, że „ją ręce bolą i że okropny ból wziął ją za piersi i głowę,“ „stękała“ przez całą noc i dni następne, aż wreszcie 3go czy 4go dnia bóle tak się wzmogły, iż już nic robić nie mogła; chwytała się za piersi i brzuch, kuczała ciągle, rąk nawet podnosić nie mogła, a twarz miała zaognioną. W wielką sobotę (d. 9 kwietnia) prosiła, aby ją zawieźć do miasta do doktora; wyjechała też o godzinie 9téj zrana i powróciła koło zmroku (pokazało się, że u lekarza wcale nie była, bo spotkawszy się z wójtem Y. otrzymała od niego parę złotych, jakoby w imieniu p. X. jéj ofiarowanych pod warunkiem, aby milczała); następnego dnia mdlała ciągle, a matka zabrała ją do siebie i w jéj pomieszkaniu dnia 14 kwietnia umarła.

D. 16 kwietnia z polecenia sądu pp. Drowie A. i B. odbyli sekcyję, która wykazała:

Oględziny zewnętrzne. *A*) Zwłoki kobiety około 24 lat mającéj dobrze zbudowanéj i odżywionéj. Włosy płowe, tęczówki niebieskie, rogówki zamglone, na całéj tylnéj powierzchni ciała rozległe plamy pośmiertne zlewające się ze sobą. W okolicy żołądka 8 ranek małych trójgraniastych od pijawek. *B*) Brzuch wydęty, osobliwie po stronie prawéj. Barwa powłok brzusznych dołem i po bokach niebieskawa. *C*) Na zewnętrznym kącie oczodołu prawego zdarcie przyskórka podłużne z góry na dół 2 cm., w poprzecznym wymiarze zaś ¾ cm. wynoszące. *D*) Na lewém podudziu z przodu znajduje się 5, na prawém 3 sińce wielkości od 1 do 4 cm. średnicy, postaci okrągłéj. Takie same sińce 2 znajdują się z przodu prawego uda. Nacięciem wykazują skrzepy krwiste.

Oględziny wewnętrzne. *E*) Czaszka miernéj grubości nie przedstawia nic nieprawidłowego. W zatokach żylnych dość znaczna ilość krwi ciemnéj płynnéj. *F*) Błony mózgowe żywiéj nastrzykane. Mózg wypełnia ściśle jamę czaszkową, na przekroju okazuje zbitość prawidłową, połysk szklący i liczne punkciki powstałe z wydobywającéj się krwi z naczyniek rozszerzonych. Tak istota rdzenna jak i korowa mają barwę nieco ciemniejszą od prawidłowéj. W komórkach

dosyć obfita ilość płynu żółto-surowiczego na pół przeźroczystego. *G)* Worek sercowy wypuklony obejmuje całą przestrzeń lewéj klatki piersiowéj i sięga na prawo aż po za linije sutkową prawą. Za przecięciem worka wydobywa się około 200 gramów płynu brudno-szarawego, resztę zaś worka wypełnia jednolity skrzep krwawy, oblepiający serce i ważący około 850 grm. *H)* Serce wielkie, flakowate, wszędzie obfitą ilością tłuszczu okryte, za przecięciem znajdujemy wszystkie ściany serca zwyrodniałe, bardzo kruche, szaro-żółte, z wyraźniejszemi ogniskami żółtawemi rozsianemi; przy badaniu źródła, zkąd ów wysięk krwawy w osierdziu pochodzi, okazuje się, że błona wewnętrzna tętnicy głównéj rozdarta jest poprzecznie $^1/_2$ cm. ponad zastawkami półksiężycowemi w długości 2 cm., mięsna zaś i zewnętrzna błona (*adventitia*) odklejone od wewnętrznéj na dość znacznéj przestrzeni okazują nieregularne pęknięcie wielkości grochu 1 cm. wyżéj aniżeli jest pęknięcie błony wewnętrznéj. Komórki próżne. *I)* Płuca prócz pośmiertnego przesiąknięcia w częściach tylnych nic nieprawidłowego nie okazują. *K)* Po wyjęciu macicy wraz z pochwą i przecięciu tychże w kierunku podłużnym znajdujemy brak błony dziewiczéj, któréj ślady znajdują się naokoło zasiniałe, pochwa zaś naokoło tych resztek błony dziewiczéj wykazuje wybroczyny sięgające nawet w ścianach pochwy na 2 cm. ponad resztki błony dziewiczéj, osobliwie w ścianie tylnéj. *L)* Śledziona miernéj wielkości pomarszczona. *Ł)* Wątroba prawidłowéj wielkości, barwy jasnéj; po przekrojeniu zostają na nożu kulki tłuszczu. *M)* Żołądek nieco rozszerzony zawiera znaczną ilość miazgi pokarmowéj płynnéj z wyraźnemi licznemi kawałkami sera. *N)* Nerki prawidłowe, barwy jednak bledszéj. *O)* Inne trzewa prawidłowe.

Orzeczenie. Maryjanna K. umarła skutkiem porażenia serca, wywołanego przez ucisk na serce znacznéj ilości krwi, a względnie także przez skrwawienie, które nastąpiło przez pęknięcie części wstępującéj tętnicy głównéj. Śledząc za przyczyną pęknięcia nie możemy za takową przyjąć żadnéj zmiany chorobowéj w aorcie, gdyż zmian takich nie znaleźliśmy. Wprawdzie sekcyja wykazała bardzo znaczne stłuszczenie serca i zaprzeczyć się nie da, że proces chorobowy stłuszczenia udzielić się mógł także i tętnicy głównéj, choć fizycznie wykazać się to nie dało, a przez to usposobić aortę do większéj kruchości, lecz to nie było przyczyną pęknięcia tego naczynia. W braku innych zmian patologicznych w organizmie, przyjąć należy za jedyną przyczynę, że pęknięcie aorty nastąpiło w skutek silnego mechanicznego wstrząśnienia ciała np. przez upadnięcie, szamotanie lub przez uderzenie, przy równocześnie wzmożonéj czynności serca z powodu wrażeń psychicznych. Pęknięcie tętnicy głównéj nie nastąpiło odrazu przez całą grubość, lecz najprzód, jak się zdaje, pękła błona wewnętrzna prawdopodobnie przy silném przewracaniu denatki na ziemię, a dopiero po kilku dniach pod naciskiem krwi nastąpiło odczepienie bł. mięsnéj i zewnętrznéj i nagłe przedarcie tychże, poczém nastąpił nagły śmiertelny krwotok do worka sercowego.

Z wejrzenia części rodnych, a szczególniéj błony dziewiczéj, wnosić musimy, że do pochwy denatki na kilka dni przed jéj śmiercią było wprowadzone jakieś ciało twarde, gładkie, którém mógł być członek męski. Czy i przed tém zdarzeniem denatka spółkowała cieleśnie, nie możemy orzec.

Znalezione liczne sińce na obu nogach świadczą za przewracaniem denatki gwałtownem o ziemię, albo też szamotaniem się i za kopaniem nogami, za czém umiejscowienie sińców przeważnie z przodu nóg przemawia, a co świadczy znowu o silném opieraniu się napastnikom.

Po otrzymaniu tego orzeczenia p. Sędzia śledczy żądał jeszcze odpowiedzi na pytania szczegółowe, a odpowiedzi te pp. obducentów brzmiały:

1. Bezpośrednią przyczyną śmierci Maryjanny K. było wynaczynienie znacznéj ilości krwi do worka sercowego, w skutek pęknięcia tętnicy głównéj.

2. Pęknięcie aorty nastąpiło w tym przypadku w skutek przyczyny zewnętrznéj, mechanicznéj, pochodzącéj od drugiéj osoby.

3. W przypadku niniejszym pęknięcie aorty mogło nastąpić przez szamotanie i gwałtowne upadnięcie na ziemię, przyczém czynność serca, jak to bywa przy spółkowaniu, jest silniejsza, akcyja jednego człowieka była zupełnie wystarczającą. Podnieść musimy, że przy szamotaniu i dwukrotném gwałtownem upadnięciu pęknięcie tętnicy nastąpiło. Spółkowanie samo, chociażby nawet z dwoma mężczyznami szybko spełnione, nie mogło wywołać pęknięcia aorty a następnie śmierci.

4. Na pytanie Sędziego, który z obydwóch gwałcicieli był bezpośrednią przyczyną pęknięcia aorty pp. obducenci odpowiadają niezgodnie, a mianowicie:

Dr. A.: Który z gwałcicieli był bezpośrednią przyczyną pęknięcia aorty, powiedzieć nie mogę; opierając się atoli na zeznaniach kilku świadków prawdopodobném być sądzę, że początek pęknięcia miał miejsce w téj chwili, gdy denatka po przewróceniu gwałtowném przez wójta uczuła chrupnięcie w plecach i nieokreślony a dotkliwy ból we wnętrzu utrzymujący się aż do śmierci. Upadek ten musiał być bardzo silnym a ból niezwykłym, gdy denatka mimo wyczerpania fizycznego i zamętu psychicznego, jakiego podczas gwałcenia doznała, przecież takowe wyraźnie zapamiętała i przed kilku świadkami opowiadając o nich wyraźnie wskazywała wójta jako tego, przez którego ból ten i chrupnięcie powstały.

Dr. B. zaś: Który z obu obwinionych był bezpośrednim sprawcą pęknięcia aorty, na to stanowczo odpowiedzieć nie mogę i więcéj niczego nie przypuszczam.

Z powodu téj niezgodności i dla ważności przypadku Sąd obwodowy odesłał akta do Wydziału, żądając wyjaśnienia co do przyczyny śmierci i co do osoby, przez którą śmierć wywolaną została. Odpowiedź Wydziału opiewała:

1. Najbliższą przyczyną śmierci Maryjanny K. było porażenie serca w skutek wynaczynienia krwi do worka sercowego. Wynaczynienie to zaś powstało w skutek pęknięcia tętnicy głównéj. Jak z opisu sekcyi wynika, pęknięcie to nie od razu było zupełne, t. j. wszystkie błony aorty przenikające, lecz ograniczało się najprawdopodobniéj do dwóch błon, skutkiem czego powstał t. zw. tętniak międzywarstwowy (*aneurysma dissecans*), a dopiero po pęknięciu błony zewnętrznéj nastąpił śmiertelny krwotok do worka sercowego.

2. Pęknięcie aorty w danym razie z pewnością było urazowe, ze względu jednak na ciężkie zmiany znalezione w sercu przypuścić należy, że i w tętnicy istniały zmiany chorobowe, że więc zachodziło szczególne usposobienie cielesne, w obec którego szamotanie, upadnięcie i uderzenie się o przedmiot twardy były dostateczne do wywołania pęknięcia.

3. Uraz jednorazowy był całkiem dostatecznym do wywołania pęknięcia w mowie będącego. Jakkolwiek tak działanie pierwszego jak i drugiego napastnika, każde

z osobna, było zdolne pęknięcie aorty wywołać, bo jeden i drugi przewalił Maryjannę K. podstawiwszy jéj nogę i razem z nią upadł na ziemię, — jakkolwiek nie podobna wykluczyć możności, że pęknięcie powstało skutkiem upadnięcia pierwszego, to jednak na podstawie opowiadania zmarłéj przypuścić raczéj należy, że powstało skutkiem upadnięcia wywołanego przez mężczyznę drugiego, ponieważ Maryjanna K. podała, że po spółkowaniu z mężczyzną pierwszym wstała i razem z wójtem szła z 8 stajań, a dopiero śród przewalenia drugiego nagle uczuła chrupnięcie czy strzyknięcie w plecach i natychmiast doznała osłabienia, gorąca naprzemian ze zimnem, a faktem jest, że od téj chwili aż do śmierci ciągle chorowała.

Z tych powodów Wydział oświadcza się za tém, że nie ma dowodu, jakoby pęknięcie aorty powstało w skutek działania pierwszego mężczyzny i że prawdopodobieństwo większe za tém przemawia, iż ono powstało skutkiem późniejszego działania mężczyzny drugiego.

4. Obrażenia opisane w protokole sekcyjnym pod lit. *C.* i *D.* mogły powstać przez kopanie, szamotanie i uderzenie o przedmiot tępy, wywołane przez osobę drugą; obrażenia zaś pod lit. *K.* opisane powstało skutkiem gwałtownego wprowadzenia narzędzia tępego do pochwy; obrażenia te tak w szczególności, jakotéż razem wzięte stanowią tylko lekkie uszkodzenie cielesne. Obrażenie zaś tętnicy głównéj było uszkodzeniem śmiertelném.

Przypadek opisany w każdym razie jest rzadkim i już z tego powodu zasługuje na ogłoszenie. Trzeba szczególnego zbiegu okoliczności, aby osoba młoda po dwukrotném spółkowaniu i połączoném z niém dwukrotném upadnięciu na ziemię doznała tętniaka międzywarstwowego; nie ulega wątpliwości, że tętniak powstał świeżo po pierwszém lub drugiém upadnięciu, ale téż rzadkość tego powstania téj zmiany zwłaszcza w wieku młodym domyślać się kazała zmian chorobowych w tętnicy, zwłaszcza w obec ciężkich zmian przez pp. obducentów w sercu samém sprawdzonych. Związek przyczynowy pomiędzy upadnięciem, akt spółkowania poprzedzającém, a powstaniem tętniaka a w następstwie i śmiercią był niezaprzeczony; rozchodziło się w danym przypadku tylko o to, na karb którego upadnięcia powstanie tętniaka położyć wypadało, a pytanie to było tém ważniejszém, o ile dwóch było obwinionych, z których każdy celem zaspokojenia swéj chuci w podobny sposób denatkę miał powalić na ziemię. Na podstawie opowiadania obrażonéj zdawało się być rzeczą prawie pewną, że tylko drugi obwiniony był sprawcą ciężkiéj zmiany anatomicznéj, a tém samém i śmierci, albowiem obrażona po pierwszém upadnięciu i spółkowaniu wstała i uszła jeszcze kilka stajań nie czując żadnéj dolegliwości, bezpośrednio zaś po drugiém upadnięciu uczuła ból i słabość a podniósłszy się zaledwie zdołała zawlec się do domu. Gdy jednak śród dyskusyi w Wydziale Lek. jeden z klinicystów podał, że nie dawno spostrzegał przypadek tętniaka międzywarstwowego, skutkiem urazu powstałego u niewiasty w wysokim stopniu usposobionéj, w którymto przypadku ból i osłabienie nie powstały bezpośrednio po doznanym urazie lecz późniéj, nie podobna było wykluczyć możności, że i u denatki tętniak mógł powstać już po pierwszém upadnięciu, a tém samém należało przypuścić tylko z prawdopodobieństwem, że on powstał po drugiém upadnięciu.

Przy rozprawie przed kilku dniami odbytéj, Sąd przysięgłych uwolnił pierwszego obżałowanego jednogłośnie, drugiego zaś 11 głosami.

II. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał

Dr. Stanisław Smoleński,

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Inny przypadek. W r. 1881 przybyła do Gleichenbergu panna Flora D., l. 22 licząca. Dnia 13/6 wykazało badanie: Lekkie stłumienie ponad szczytem płuca lewego, nieżyt obydwu szczytów, zwątlenie kiszek; stan bezgorączkowy, kaszel częsty, prawie suchy. Ciężar ciała 55,90 kg. Polecono picie wody ze źródła Konstantego z mlekiem, dyjetę pożywną, codzienne wycieranie skóry suchą flanelą. Dnia 1/7 ciężar ciała 56,25 kg. Od dnia 10/7 stósowano opaski piersiowe na noc, poczém kaszel nieco się zmniejszył, ale dnia 17/7 zrana pokazało się trochę krwi w plwocinie, dla tego opaski usunięto. Od dnia 20/7 nanowo stosowano opaski piersiowe na noc, poczém wkrótce kaszel ustał zupełnie. Dnia 31/7 wyjechała do domu ze znaczną poprawą; ciężar ciała wynosił 57,50 kg., sił o wiele więcéj, apetyt dobry, w szczycie płuca lewego z tyłu lekkie stłumienie, objawy nieżytowe ustąpiły zupełnie. Dnia 15/10 tegoż roku miałem sposobność badania choréj w Krakowie i znalazłem ten sam stan poprawy.

Następnego roku (1882) przybyła taż sama chora do Jaworza w stanie daleko gorszym. Dnia 27/7 stwierdziłem już objawy początkowego rozpadu w szczycie lewym, zgęszczenie szczytu prawego, rozległy nieżyt oskrzelowy, znaczne wychudnienie. Pod wieczór stale stan gorączkowy, ranne przepuszczania lub zwolnienia. Ciężar ciała 52,60 kg. Pomimo kilkotygodniowego stosowania opasek piersiowych, tudzież nacierań zimnych co rano stan się pogarszał coraz bardziéj; chora w bardzo złym stanie wyjechała do domu i tamże następnéj zimy zakończyła życie.

Przypadek ten wykazuje dobitnie, jak wielką jest różnica między działaniem hydroterapii w początkowym okresie suchot płucnych a okresie późniejszym ostrym. W pierwszym wypadek leczenia był bardzo pomyślny, w drugim hydroterapija żadnéj nie przyniosła korzyści. Widzimy także z tegoż przypadku, jak pomyślne może być działanie opasek piersiowych w nieżycie oskrzelowym, a jak ujemne lub przynajmniéj wątpliwe w okresie rozpadowym suchot płucnych.

To nas prowadzi do rozpatrzenia rezultatów leczenia hydryjatrycznego postrzeganych przezemnie przypadków suchot płucnych z przebiegiem ostrym, tudzież z gorączką trawiącą.

Jak się wyżéj rzekło, przypadków takich leczyłem ogółem 11, t. j. 5 w Gleichenbergu a 6 w Jaworzu. Przytoczę z nich kilka pokrótce.

1. Dyn., l. 16, z Berdyczowa, przybył do Gleichenbergu d. 21/5 1881. *Bronchopneumonia ambilateralis, praecipue sinistra, laryngitis ulcerosa.* Gorączka wieczorna do 39,4°C., zwolnienia ranne. Plwocina ropna obfita z śladami krwi. Ciężar ciała 42,90 kg. Do dnia 9/6 stosowano leki przeciwgorączkowe i symptomatyczne bezskutecznie a następnie codziennie opaski piersiowe na noc. Dnia 10/6 sen był dobry, we dnie dreszcze nie wystąpiły, ciepłota wieczorna 38,2°C. Tak samo następnych dni. Dnia 20/6 ciężar ciała 44,85 kg. Odtąd do dnia 26/6 ciepłota wieczorna waha się między 37,6 a 38,3°C., wtém wystąpiły objawy ostrego zrazikowego zapalenia płuc po stronie lewéj z ciepłotą

wieczorną 39,6°C. Od dnia 1/7 gorączka znów opadać zaczęła, gdy dnia 13/7 powstało zapalenie wypocinowe opłucny po stronie lewéj. Dnia 30/7 wyjechał do domu i tam wkrótce życia dokonał.

Działanie opasek piersiowych było ujemne. Czy nie przyczyniły się one do powstania zapalenia nieżytowego po stronie lewéj?

2. Pław., l. 23, z Warszawy, przysłany przez prof. Baranowskiego. *Infiltratio apicum, praecipue dextri, bronchitis diffusa,* w plwocinie trochę krwi. Ciężar ciała 55,75 kg. Od dnia 30/5 do 20/6 mimo środków grzeciwgorączkowych ciepłota wieczorna stale 38,3—38,6°C. a odżywienie podupada coraz bardziéj, ciężar ciała 54,50 kg. Od dnia 21/6 opaski piersiowe na noc. Odtąd objawy nieżytu oskrzelowego łagodnieją, kaszel lżejszy, apetyt lepszy, dnia 11/7 ciężar ciała 56,50 kg. Dnia 18/7 cieplota wieczorna 40°C., rozpoznano rozszerzenie nacieku w szczycie prawym, *bronchitis diffusa*; dnia 24/7 gorączka opadła, niekiedy tylko wznosząc się wieczorem do 38,2°C. Od dnia 9/8 do 5/9 używano codziennie natrysków zimnych rano, stan odżywienia poprawił się, ciepłota wieczorna jeszcze niekiedy wyżéj 38°C., siły większe, rzężeń mniéj, wydech w szczytach oskrzelowy, stłumienie odgłosu nad obydwoma szczytami płuc. W tym stanie wyjechał do Meranu, zkąd wrócił ze znaczną poprawą zdrowia, ale po 2 latach umarł na wycieńczenie suchotnicze.

W tym przypadku działanie opasek piersiowych zdawało się być wcale pomyślne, skoro apetyt się poprawił, w 3 tygodniach ciężar ciała podniósł się o blisko 2 kg. Czy nagłe rozszerzenie nacieku w szczycie płuca prawego pozostawało w związku z działaniem opasek piersiowych? Działanie stósowanych przez miesiąc natrysków było pomyślne.

3. Pani Ryszk., l. 31, przysłana do Gleichenberga przez prof. Madurowicza. *Bronchopneumonia sinistra subacuta, pleuritis exsudativa sin. Infiltratio apicis pulm. dextri.* Ciepłota wieczorna do 38,7°C. Ciężar ciała dnia 29/6 51 kg., poty nocne. Dnia 9/7 zastósowano opaski piersiowe na noc; odtąd chora czuje się nieco lepiéj, kaszel lżejzy, ciepłota ta sama. Dnia 23/7 gorączka wyższa (r. 38,6°, wiecz. 39,2°C.), stwierdzono rozszerzenie nacieku w szczycie prawym, białko w moczu, ciężar ciała 49,35 kg. 14/8 wyjechała do domu, gdzie po 2 miesiącach umarła.

Czy i tu był jaki związek między działaniem opasek a rozszerzeniem nacieku w szczycie prawym?

4. Pani Cyw., lat 22 z Litwy (prof. Baranowski i Dr. Szyszłło). W rodzinie suchoty. *Infiltratio apicis pulm. sinistri.* Gorączka wieczorna do 38,6°C., rano zwolnienie. Ciężar ciała 42,50 kg. D. 14/7 opaski piersiowe na noc, do 20/7 stan się nie zmienił w niczém. Dla dosadniejszego ochładzania zmieniano opaski piersiowe kilka razy na dzień, mimo to ciepłota wieczorna codziennie 39—39,5°C. Objawy szybkiego rozpadu w płucach, w plwocinie krew.

Tu pod opaskami piersiowemi często zmienianemi nie tylko nie osiągnięto obniżenia ciepłoty, ale nawet powstał szybki rozpad w szczycie płuca lewego.

5. Dziesz., l. 40, z Kielc (Dr. Szyszłło). *Infiltratio apicis pulm. sinistri.* Codzienne wieczorne gorączki 38—38,4°C. Ciężar ciała dnia 24/7 60,25 kg. Od dnia 6/8 stósowano codziennie rano zimne natryski, poczém w ciągu dwu tygodni gorączka i dreszcze ustały, rzężenia w szczycie lewym znikły i stan odżywienia widocznie się poprawiał. Dnia 4/9 wyjéchał do domu, ważąc 61·90 kg. Po roku umarł.

Podobnie ujemny wpływ miała hydroterapija i w innych kilku przypadkach.

Z tego widzimy, że u suchotników w okresie daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach, mianowicie z przebiegiem gorączkowym zabiegi wodne zdołają usuwać lub uśmierzać zaledwie pewne przypady, na sam jednak przebieg choroby albo nie wywierają wcale znaczniejszego wpływu, albo też, jestto przynajmniéj prawdopodobném, działają nawet niepomyślnie. Przynajmniéj o opaskach piersiowych zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w niektórych przypadkach wzmagają sprawę rozpadową w płucach, sprzyjają rozszerzaniu się nacieków, ułatwiają powstawanie świeżych zapaleń w tkance płucnéj.

Przytaczam tu jeszcze jeden przypadek, nienależący wprawdzie ściśle do suchot płucnych, ale uwagi godny ze względu na pomyślny swój przebieg, do którego przyczyniły się niezawodnie i zabiegi wodne.

Pani Wybr., l. 30, z Przemyślan. Przed 3ma laty miało być krwioplucie, a Dr Biesiadecki we Lwowie stwierdził naciek w szczycie prawego płuca, wówczas téż chora wyjeżdżała do Gleichenberga. W r. 1885 po nadmiernem zmęczeniu (całonocne tańce) i zaziębieniu powstał kaszel, gorączka i szybkie chudnienie. W czerwcu wybierała się chora znów do Gleichenberga, ale gdy zasięgnęła jeszcze rady Dra Biesiadeckiego, tenże posłał ją do Jaworza. „Polecam Wam,“ pisze do mnie, „panią W., którą wysłano z gorączką do kąpiel, a któréj nie mogłem odradzić, aby pierwéj takowéj w domu się pozbyła, a potém dopiero do zakładu kąpielowego jechała.“ W przejeździe przez Kraków radziła się jeszcze prof. Pareńskiego, który rozpoznał: *Pneumonia catarrhalis subacuta disseminata. Status febrilis intermittens irregularis.* Do Jaworza przybyła dnia 1 lipca 1885. Wzrostu wysokiego, budowa ciała dobra, odżywienie liche. W górnéj części płuca lewego odgłos miejscami bębenkowy, w niektórych miejscach lekko przytłumiony (mianowicie ponad samym szczytem). Wysłuch z tyłu u góry i wzdłuż kręgosłupa aż poniżéj końca łopatki oskrzelowy, liczne rzężenia tu i owdzie dźwięczne, to znów świszczące. Plwocina miernie obfita, śluzowo ropna. Prócz tego objawy rozległego nieżytu oskrzelowego. Zapalenie nieżytowe płuca było tu najprawdopodobniéj następstwem poprzedzającego nieżytu oskrzelowego, a powstaniu jego sprzyjały ogólne osłabienie, niedokrewność, oraz istniejące już od lat trzech zgęszczenie szczytu lewego.

Dnia 1/9 1885 ciepłota rano 38·3, wieczorem 39·4° C., tętno 86—110, oddech bardzo przyspieszony, upadek sił wielki, kaszel męczący, kłucie i bole w piersiach dolegliwe, poty nad ranem obfite. Pomimo, że chora gotowa była rzucić się do zimnéj wody, byle tylko ochłonąć z gorączki, na razie zaniechano wszelkiego ochładzania, zalecono zupełny spokój, worek lodowy na płuca, wewnątrz antipyryn. Lek ten chora znosiła bardzo źle: po 1—3 gramach powstawał wielki upadek sił i rozwijały się nader obfite poty; dość znaczne zresztą obniżenie ciepłoty trwało zaledwie przez parę godzin, poczém nastawał bardzo silny dreszcz i ponowne podniesienie ciepłoty, dochodzące w godzinach wieczornych do 40° i wyżéj. Lepiéj działały wielkie dawki chininu, dwa gramy na dzień, który na czas dłuższy obniżał gorączkę i uśmierzał poty. Po 3ch tygodniach ciągłéj prawie gorączki i wielkiego wycieńczenia ciepłota przybrała zwrot pomyślniejszy o tyle, że rano częściéj zdarzały się zupełne przepuszczenia a wieczorne podwyższenia stawały się mniéj znaczne (38° do 38,3°C.); natomiast poty utrzymywały się jeszcze ciągle.

W tymto czasie zastósowałem codzienne ranne wycierania wprost po wyjściu z łóżka, poczém chora albo znów wracała do pościeli, albo téż ubrana ciepło legiwała w hamaku po kilkanaście godzin na dworze. Już po kilku wycieraniach poty ustały zupełnie, gorączki wieczorne ustąpiły a apetyt wzmógł się w wysokim stopniu; już po 10 dniach takiego leczenia chora mogła wstawać i przechadzać się o własnéj sile a po dalszych dwóch tygodniach nabrała tyle sił, że po całych dniach chodzić mogła. W połowie sierpnia, wyjeżdżając zdrowa do domu, ważyła o kilka kilogramów więcéj niż po przybyciu do Jaworza. W płucu lewém prócz stłumienia szczytowego, oddechu częścią oskrzelowego, częścią zaostrzonego, żadnych nie ma ani rzężeń ani objawów nieżytowych. Po dwóch latach dowiaduję się, że dotąd jest zupełnie zdrowa.

Pobieżny ten rzut oka na teraźniejsze stanowisko hydroterapii suchot płucnych dowodzi dostatecznie, że umiejętnie i metodycznie zastósowane zabiegi wodne stanowią cenne wzbogacenie skarbca leczniczego przeciw téj zabójczéj a rozpowszechnionéj chorobie. Nieocenioném jest szczególnie zapobiegawcze działanie hydroterapii i niczém innem zastąpić go nie można, w przypadkach zaś suchot początkowych i przewlekłych hydroterapija jest potężnym czynnikiem, jeżli nie wyleczającym w pełném słowa znaczeniu, to jednak wzmagającym podupadłą odporność ustroju, znakomitą pomocą w ciężkiéj i rozpaczliwéj walce o życie. Hydroterapija suchot płucnych, stosowana ze znajomością rzeczy, biegłą i doświadczoną ręką zawodowego lekarza, nie szkodzi nigdy, lecz zawsze działa pomyślnie, sprawia ulgę w cierpieniu, przedłuża życie. Suchoty w okresie ostrego rozpadu i trawiącéj gorączki przekraczają zakres leczenia kąpielowego w ogóle a więc i wodoleczniczego, chociaż i tu zabiegami wodnemi pewne dolegliwe i niepożądane objawy uśmierzać i usuwać można.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Dr. M. Freyer: **Die Ohnmacht bei der Geburt von gerichtsärztl. Standtpunkt.** Berlin, 1887, in 8vo, str. 283 i VI.

Obszerną książkę poświęca autor, dotąd w literaturze nieznany, dowodzeniu, że jeżeli kobiety, pozostające pod oskarżeniem o dzieciobójstwo, tłumaczą się, że w chwili porodu były omdlałe i nieprzytomne, a tém samém za czyn nieodpowiedzialne, nie ma się prawa uważania z góry tłumaczenia tego za nieuzasadnione, bo ono przeciwnie w przypadkach porodu utajonego jest nawet prawdopodobném. Założenie autora wydaje nam się nieco dziwném; żaden znawca nie ma prawa z góry poczytać tłumaczenia się obwinionego za nieuzasadnione, a tém mniéj zaprzeczyć z góry, że kobieta potajemnie rodząca może w chwili porodu zemdleć, stracić przytomność i być niewinną śmierci noworodka, jeżeli tenże śród omdlenia matki umiera; przeciwnie wierny zasadzie indywidualizowania znawca rozpatruje stosunki celem wyrobienia sobie zdania: czy zemdlenie rzeczywiście nastąpiło, a względnie czy przynajmniéj w danym razie tłumaczenie się oskarżonéj zasługuje na wiarę i w miarę przekonania swego orzeka; nie podobna zaś przypuścić, aby Sąd dla ogólnikowéj zasady, że zemdlenie potajemnie rodzącéj zdarza się, zechciał w każdym przypadku tłumaczenia się oskarżonych przyjąć zemdlenie jako fakt i przypuścić zupełną niepoczytność. Pomijając atoli to założenie musimy uznać, że autor w opracowaniu obranego tematu postąpił sumiennie i z wielką pilnością usiłował zebrać materyjał, z którego mógłby wysnuć pewne wnioski praktyczne.

Po wstępie historycznym, z którego dla autora wynika, że medycyna sądowa pomimo całéj swéj ścisłości właśnie w tym kierunku nietylko dopuszcza, ale wymaga wydoskonalenia, zastanawia się teoretycznie nad rozmaitemi stanami nieprzytomności, o ile zdarzają się śród aktu porodowego, a nad omdleniem w szczególności, podając jako przyczyny onego mechanicznie działające: nagłe wypróżnienie się jamy brzusznéj i obfity krwotok, jako okoliczności zaś odruchowo działające: wielki ból i nieprawidłowe wzburzenie umysłowe, wreszcie jako okoliczność usposabiającą: postawę prostą. W porodzie potajemnym wzburzenie umysłowe odgrywa wielką rolę, a do omdlenia przyczynia się wielce postawa prosta, w któréj kobiety, ciążę i poród zatajające, jeżeli nie zwykle, to przynajmniéj bardzo często rodzą. Z literatury wprawdzie tylko 2 przypadki niewątpliwe może autor przytoczyć, w których, według świadectwa Mendego i Wildberga, poród odbył się śród nieprzytomności omdleniem wywołanéj, również położnicy i lekarzy sądowi rozmaicie wyrażają się o możności odbycia porodu w stanie nieprzytomnym skutkiem omdlenia, teoretycznie jednak możności téj wykluczyć nie podobna. Chcąc więc kwestyję tę, dotąd nierozstrzygniętą, rozświecić, autor obrał tę drogę, że udał się do wielkiéj liczby lekarzy sądowych i klinicystów położniczych w Niemczech z prośbą o udzielenie sobie odnośnych spostrzeżeń, oraz korzystał z aktów i wiadomości udzielonych sobie przez rozmaite Sądy, a tyczących się dochodzeń przeciw kobietom o dzieciobójstwo oskarżonym. Z lekarzy sądowych jedni uznali podobne tłumaczenie się obwinionych za złudzenie lub oszustwo, drudzy, jakkolwiek nie na podstawie własnego doświadczenia, jednak ze względów teoretycznych przypuszczali możność porodu w stanie nieprzytomnym; z położników prof. Gustaw Braun w Wiedniu podał, że od r. 1873 w klinice dla akuszerek na 35,172 porodów nie zapisano żadnego przypadku odpowiedniego; tak samo prof. Winckel w Monachijum na 15,000 a prof. Säxinger w Tübindze na 8,000 porodów przypadku takiego nie spostrzegali. Gorzéj jeszcze zapatrują się na tę kwestyję prawnicy, a głównie oskarżyciele. Autor wystosował 517 listów do lekarzy i prawników niemieckich; na listy te otrzymał 290 odpowiedzi, a pomimo, że pomiędzy odpowiadającymi byli lekarze praktykujący przez lat 50, a więc mający obfite doświadczenie, udzielono mu tylko wiadomości o 3ch pewnych przypadkach porodu odbytego śród nieprzytomności. Nie ulega więc wątpliwości, że w przypadkach zwykłych poród śród nieprzytomności zdarza się nader rzadko, ale zachodzi pytanie, czy on nie jest częstszym w przypadkach niezwykłych, t. j. gdy kobieta zmuszoną jest rodzić potajemnie. Chcąc rozstrzygnąć to pytanie, autor naprzód zastanawia się nad częstością tłumaczenia się obwinionych nieprzytomnością śród porodu. W tym celu przewertował 134 fascykułów, odnoszących się do tyluż spraw o dzieciobójstwo i notował, ile razy obwinione określały rodzaj zboczenia swego umysłowego śród porodu, trwanie tego zboczenia, czas wystąpienia onego, postawę, w jakiéj rodziły, natężenie bólu, szybkość wyjścia płodu, itd. i doszedł do przekonania, że obwinione w ogóle rzadko (raz na 15 przyp.) tłumaczą się zemdleniem i że tłumaczenie się ich zasługuje na wiarę, skoro zarazem podają takie szczegóły, o których wiadomo, że do zemdlenia usposabiają. Zbijając

wreszcie zdania przeciwne dochodzi autor do następujących wniosków:

1. Możność porodu śród nieprzytomności wywołanej przez omdlenie nie da się zaprzeczyć ze stanowiska teoretycznego i jest dowiedzioną spostrzeżeniami na wiarę zasługującemi.

2. Rzeczą jest prawdopodobną, że zjawisko to śród porodu zatajonego częściéj się zdarza, niż w warunkach zwykłych.

3. Przy ocenianiu przypadku danego należy dochodzić obecności tych warunków, które wedle doświadczenia potrzebne są do wywołania omdlenia porodowego. Po obecności lub nieobecności tych warunków wnosić można z większém lub mniejszém prawdopodobieństwem o zemdleniu, jeżeli obwiniona niém się tłumaczy.

Oto najważniejszy wynik, do którego autor dochodzi. Że zemdlenie śród porodu, zwłaszcza u kobiety rodzącéj potajemnie i wszelkiéj pomocy pozbawionéj, jest możebném, że śród porodu tajnego łatwiéj wystąpić może aniżeli w warunkach prawidłowych, — o tém, sądzimy, żaden lekarz sądowy nie wątpił. Trudność polegała tylko na tém, że w danym przypadku sprawdzenie, czy zgodnie z twierdzeniem obżałowanéj takie zemdlenie miało miejsce, że dziecko zginęło z powodu, że rodząca nie była w stanie udzielić mu pierwszéj pomocy, jest nader trudném, właśnie z powodu, że akt odbył się w nieobecności świadków, a pozostanie ono trudném pomimo wskazówek przez autora podanych, które zresztą dla lekarza sądowego nie są nowemi. Czy zaś mozolna, z podziwienia godną wytrwałością, dokonana praca autora przyniesie korzyści rzeczywiste sprawiedliwości, jak sobie autor tuszy, wątpimy, bo wskazówki przez niego ogłoszone są obosieczne, bo może mniéj przydatne dla znawcy aniżeli dla obżałowanych i bodaj czy tłumaczenie się omdleniem odtąd nie będzie częstszém aniżeli dotychczas.

L. Blumenstok.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Dr. Loebisch: O nowszych sposobach leczenia otyłości.

(Dokończenie. Patrz Nr. 38).

Leczenie dyjetetyczne ma obecnie większe i częstsze zastosowanie niż dawniéj. Ostatnie można znowu podzielić na takie: *a*) które odciągają organizmowi tłuszcz przez uregulowanie głównie dowozu żywności, tu należy metoda Ebsteina i kuracyja Bantinga; *b*) które odciągają tłuszcz nietylko przez regulowanie żywienia się, ale nadto do pomocy biorą i czynniki inne życiowe, fizyjologiczne np. gimnastykę mięśni i t. p., tu należy leczenie według metody Oertla i Demutha.

I. Leczenie Bantinga. Banting wymyślił swój sposób leczenia jedynie przez doświadczenie zrobione na sobie samym. Lekarz Harvey przepisał mu jak się ma zachować, jeśli chce na wadze coś stracić. Ogłoszoną przez B. metodę zmodyfikował i zastosował do stosunków niemieckich lekarz Jul. Vogel. Prof. L. po dokładném rozebraniu wszystkiego, co w przepisach dyjetetycznych obu autorów jest zawarte, oświadcza się za tém, że: *a*) za pomocą leczenia B. można indywiduum odtłuścić, *b*) leczenie to za długo zastosowane, kryje w sobie niebezpieczeństwo dla życia leczonego, (można wielkie osłabienie serca sprowadzić), *c*) leczenia B. nie należy stosostosować u osób już starszych a bardzo otyłych, *d*) przy forsownem leczeniu B. następuje przeładowanie krwi istotami wyciągowemi z nadmiernie skonsumowanego mięsa, przez co szybko leczeni bywają tak osłabieni, że proszą o przerwanie leczenia, *e*) dobrém się ono okazuje w przypadkach polysarcyi dziedzicznéj lub na tle niedokrewności szczególnie u młodych kobiet.

II. Leczenie Ebsteina opiera się głównie na zdaniu Voita, „że u zwierząt mięsożernych przy wyłącznem żywieniu ich tłuszczem, ilość przyswojonego tłuszczu zwiększa się za powiększeniem ilości dodawanych węgleków wodu i na zdaniu Hippokratesa: „aby się prędko nasycić powinny potrawy być tłuste,“ spożywanie tłuszczu obniża nadto pragnienie, co już dawniéj zauważył Loew, że w gorącym klimacie ludzie po skonsumowaniu tłuszczów mniejsze mają pragnienie. Metodę jego prof. L. często stosuje z niezłym skutkiem.

III. W roku 1884 wystąpił prof. Oertel ze zdaniem, aby w przypadkach polysarcyi, w których się przez nagromadzenie tłuszczu wyrobiły pewne zaburzenia w krążeniu hydremija lub przepełnienie układu żylnego zastosować leczenie mające na celu odciągnięcie cieczy ustrojowi i ułatwienie w ten sposób krążenia i akcyi serca. Prof. L. zwraca uwagę, że trzeba odróżnić metodę Oertla zmniejszającą ilość cieczy w organizmie dla ułatwienia pracy serca od leczenia na drodze empirycznéj ułożonego a polegającego na niepodawaniu płynów otyłym t. z. *Durstcur*. Piękne rezultaty osiąga też prof. Oertel przez zastosowanie odpowiedniego pożywienia i chodzenie po górach. (Metoda ta szczegółowo w *Przeglądzie Lek.* już omówioną była w dziale sprawozdawczym).

IV. Że zupełne odciągnięcie i niedoprowadzenie do organizmu wody wpływa na redukowanie się polysarcyi zauważył również Oertel, jest ono jednak bardzo trudne do przeprowadzenia i nadto jest ta metoda niebezpieczną dla organizmu, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach i obserwacyje na ludziach Jurgensena, Bauera i innych.

V. Leczenie Schrotta uważa prof. L. razem z Immermanem za leczenie głodowe, gdyż przy niém traci organizm nietylko tłuszcz ale i własne białko.

VI. Landois radził przeciw połysarcyi stosować wprowadzanie do ustroju wielkich ilości płynów, soki bowiem w jelitach przez to się mają rozcieńczyć a chłonienie zmniejszyć.

Z leczeniem polysarcyi hydroterapeutyczném i za pomocą wód mineralnych sprawia się autor krótko, ostrzegając, że Karlsbad tak często polecany, niebezpieczny jest w tych przypadkach, w których istnieje skłonność do napadów apoplektycznych, a za to bardzo dobry w przypadkach skombinowanych z cukromoczem. Leczenie za pomocą wód opisał dokładnie Immermann do niego też ciekawych L. odsyła, odciągają one prawie wszystkie organizmowi wodę przez większą lub mniejszą zawartość soli glauberskiéj (Maryjenbad, Tarasp, Schuls). Twórcą metody hydroterapeutycznéj jest prof. Winternitz, opiera się ona na tem, że przez obniżenie temperatury skóry wywołuje się z jednéj strony zwiększone wydzielanie CO_2 i większą pracę mięśniową, z drugiéj odciąga się organizmowi ciepło, które się wytwarza kosztem spalenia się tłuszczu. Po stosowaniu leków, niewiele się spodziewać można, zdaniem prof. Loebischa, przytacza też tylko historyję ich stosowania i zalicza do nich alkalija. Spostrzeżenie jego własne, że nalogowi

palacze tytoniu są często polyfagami zmusza go do wypowiedzenia zdania, żeby w takich przypadkach starać się obok regulowania otyłym żywienia nakłonić ich albo do zupełnego porzucenia palenia, albo do zmniejszenia ilości codziennie spalanych cygar. (*Wiener Klinik Heft 1 und 2*, 1887). *H. K.*

Chirurgija.

Nicholas Senn (Milwaukee): **Chirurgija trzustki**

W Pamiętniku amerykańskiego Towarzystwa chirurgów zamieścił autor obszerną pracę opartą tak na badaniu kliniczném jak i na doświadczeniach czynionych na zwierzętach. S. zachował wszelkie ostrożności antyseptyki; wielką sieć albo odsuwał na bok, albo też robił w niéj otwór naprzeciw cięcia brzusznego. Jako przewodnik w dostaniu się do trzustki służył odźwiernik; palec wskazujący przesuwał autor poza dwunastnicę na przestrzeń 3—4 cali, poczém ujmował trzustkę pomiędzy wielkim palcem i wskazującym i nacinał.

Rany trzustki. Doświadczenia S. wykazały, że przecięty gruczoł nie zrasta się nawet pomimo dokładnego zbliżenia powierzchni rannych a przewód gruczołu zanika w następstwie blizny w miejscu przecięcia. W przypadkach ran trzustki należy więc krwawiące miejsca podwiązać i obie części gruczołu dokładnie zbliżyć, ażeby umożliwić dokładny dopływ krwi do gruczołu; tylko w ten sposób postępując możnaby się spodziewać zupełnego zrostu zranionych części. Przy jednem doświadczeniu przedarto trzustkę i pogłębiono ją; krwotok ustał samoistnie, ale zwierzę zdechło w skutek przedarcia się rany w powłokach brzusznych, wypadnięcia, uwięźgnięcia i zgorzeli dwunastnicy. Obumarła istota trzustki ma bardzo łatwo ulegać gniciu i stanowi punkt wyjścia zakażenia ustroju. Dla sprawdzenia tego zdania wypowiedzianego przez wielu autorów zmiażdżył S. trzustkę u 2 kotów; z tych jeden zdechł, a drugi przeżył zabieg i później go zabito. W obu przypadkach zmiażdżony miąższ narządu został wchłonięty, prawdopodobnie otrzewna brała udział w téj sprawie. Podskórne zmiażdżenie narządu nie jest więc niebezpiecznem zranieniem.

Całkowite lub częściowe wyłuszczenie trzustki. W 6 przypadkach wyłuszczono trzustkę całkowicie; zejście śmiertelne nastąpiło w każdym z tych przypadków w okresie kilku godzin aż do 9 dni po operacyi; przyczynę śmierci odnieść należy albo do pierwotnych wyników urazu i krwotoku lub wstrząsu, albo do zmian następowych po urazie: zapalenia otrzewny lub zgorzeli dwunastnicy. Niezgodnie z doświadczeniami Schiffa operacyja ta, przynajmniéj u psów i kotów, pociąga za sobą zejście śmiertelne. Częściowe wyłuszczenie narządu jest mniéj niebezpiecznem, jakkolwiek fizyjologicznie może pociągnąć za sobą te same następstwa, co wyłuszczenie całkowite, jeżeli wyłuszczona część obejmuje wspólny przewód albo oba główne przewody gruczołu. Z czterech psów użytych do tych doświadczeń 2 tylko żyły przez przeciąg czasu dostateczny do ocenienia wpływu soku trzustkowego na trawienie i chłonienie; ogólny stan zdrowia i odżywiania pozostał niezmienionym przez 4 tygodnie, poczém nastąpiło wychudnienie i tłuste stolce; jeden z tych psów zdechł w skutek wyniszczenia po 66 dniach, a drugi po 126 dniach. Z doświadczeń tych wynika, że sok trzustkowy odgrywa ważną rolę w trawieniu i że w przypadkach wstrzymania dopływu tegoż do jelita, albo gdzie wydzielina jest zupełnie wstrzymaną, trawienie i chłonienie cierpieć muszą, osobliwie zaś w przypadkach, w których zastępcze działanie innych narządów jest niedostatecznem i nie może objąć czynności wyłuszczonego albo zwyrodniałego narządu. 14 doświadczeń okazuje możliwość podwiązania którejkolwiek części gruczołu w bliskości wspólnego przewodu jako zabiegu chirurgicznego i zarazem fakt, że ta część gruczołu ulega zawsze wessaniu. Po podwiązaniu przewodu albo gruczołu wydzielanie soku trzustkowego odbywa się jak dawniéj i z powodu pewnego stopnia parcia w przewodzie wspólnym mniejsze przewody gruczołu rozszerzają się. Rozszerzenie to nie ogranicza się do części przewodu, cały przewód bywa jednostajnie rozszerzonym; torbiela nigdy w tych przypadkach nie spostrzeżono. Mierny stopień rozszerzenia przewodu wspólnego i ubocznych przewodów należy tłumaczyć w ten sposób. Skoro parcie w przewodzie jest znaczniejszém, sok trzustkowy bywa wchłoniętym przez naczynia krwionośne i chłonne; większe nagromadzenie się soku i wydęcie przewodu głównego może mieć miejsce tylko wtedy, jeżeli czynność narządu chłonnego jest upośledzona. Trudniejszemi do wytłumaczenia są zmiany zanikowe miąższu części obrażonéj gruczołu. Praktyczne spostrzeżenie to jest wielkiéj doniosłości, gdyż przy operacyjach dokonanych na trzustce nie ma potrzeby usuwać obwodowych części gruczołu i nie należy obawiać się powstania torbieli. Zamiast częściowych resekcyj dla zranienia gruczołu lub stanu chorobowego tegoż byłoby wskazaném podwiązanie i pozostawienie części obwodowéj gruczołu, poczém takowa uległaby wessaniu. Doświadczenia te pouczają również, że zdanie, jakoby zatkanie przewodu było powodem powstawania torbieli, jest mylném. Badanie preparatów wykazało bowiem, że przy torbielach w obec kamyków zatkanie przewodu nigdy nie miało miejsca, w przypadkach zaś, w których przy doświadczeniach podwiązano przewód także nigdy torbiela nie napotkano.

Doświadczenia czynione przy podwiązaniu podwójném pouczają, że części gruczołu pozbawione dopływu krwi należy usunąć, gdyż obumarła istota trzustkowa ulega gniciu i może być punktem wyjścia zakażenia. Badania czynności obnażonego gruczołu wykazały, że w następstwie urazu jakiéjkolwiek części tego gruczołu występuje zanik téj części z utratą czynności. (C. d. n.)

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Pospieszam jednak dodać, że i w ich liczbie nie wszyscy zdołali zachować i rozwijać zasady, jakie wynieśli z zakładu. Wielu zajmując stanowiska znużeni początkową walką byli zmuszeni uledz dominującéj sile dziedzicznych praktyków. Zaniedbawszy nauki, zlali się niejako z kastą swojskich doradzców, tém się tylko od nich wyróżniając, że zapamiętali jeszcze cośkolwiek z języków i terminologii, tak, że przejeżdżając prowincyje Persyi rzadko bardzo zdarzyło mi się spotkać lekarza, coby otwarcie i odważnie oddawał się programowéj praktyce. I choć co krok spotykałem to lub owe nazwisko, przekonałem się jednakże, że ściśléj zwykli się trzymać zasady dbania o byt, aniżeli o rozwój postępowych idei, do których rozszerzania obowiązywało ich przecie otrzymane wychowanie. Wyjątek od tego stanowią perscy lekarze w Teheranie. Tam bowiem z powodu bardziéj niezależnych stanowisk, jakie zajmują w szkole lub przy miejskim szpitaliku, a daléj przez stosunki z żywiołem cudzoziemskim wyrobiły się pewne siły fachowe, którym je-

żeli można co zarzucić, to chyba dążność zachowania przedewszystkiém swojskiego typu i usilowanie wytworzenia własnych poglądów tak na całość nauki, jakotéż i glównie na przypadki i rezultaty otrzymane z własnéj praktyki, jak również i w zakresie ogólnéj służby zdrowia Zapewniłem się o tém w sposób przekonywający, gdy mi wypadło wziąć udział w dyskusyi nad dżumą, w łonie komisyi wydelegowanéj wyłącznie w celu wykazania przyczyn, rozwoju i następstw epidemii w okolicach Hamadanu, komisyi złożonéj z tego wszystkiego, co Teheran posiadał najbardziéj wydatnego z grona lekarzy. Otóż czy to przez chęć wyróżnienia się, czy téż w zamiarze okazania niezadowolenia, że rząd turecki wściubia swych delegatów, aby badali sprawy sanitarne perskie, wszyscy członkowie po wysłuchaniu raportu mirzy Ibrahima, wysłanego do okolic dotkniętych zarazą, jednomyślnie zawotowali, że omawiana epidemija nie była to dżuma z patognomonicznemi pojawami, lecz tylko złośliwy dur (*Typhus siderant*) właściwy perskim miejscowościom. Gdyby chodziło o zacytowanie faktu jakiegoś politycznego znaczenia, przyklasnąłbym téj patryjotycznéj dążności pozostania sobą we własnym kraju. Lecz szło tu o wykazanie sprawy wielkiéj doniosłości naukowéj. To téż łącznie z doktorami Sir Dicksonem, Tolozanem i Czerepninem zaprotestowaliśmy przeciwko deklaracyj lekarzy perskich, wyrażając życzenie, ażeby w kwestyi epidemijologii choćby nawet krajowéj pozostano przy danych już utartych bez wytwarzania nowéj sytuacyi szkodliwéj dla mieszkańców i prawdziwie nieznośnéj dla stosunków międzynarodowych. Życzenie nasze przyjęto, a J. E. Dżafer Khan, prezydujący komisyi i dyrektor szkoły politechnicznéj, kazał je wpisać do protokółu z posiedzenia odbytego w dniu 2 Redżeb 1302 r. (19 kwietnia 1885).

Z tém wszystkiém ludność perska ma teraz do wyboru dwie kategoryje leczących: doradźców utalentowanych w drodze dziedzicznéj i wychowańców szkoły lekarskiéj w Teheranie. Pers jednak tylko w ciężkich stanach chorobowych zwykł szukać pomocy i stósować się do pewnych wskazań. Że zaś zawsze przywięzuje znaczenie do każdéj dolegliwości, więc téż najprzód zwykł się sam leczyć i w tém posługuje się odwarami z rozmaitych rodzai ziół, z których największą rolę odgrywa tu „Czop-czyni“ (*Smilax*). Lub też wybiera pewne tylko zioła i powszechnie tu używają w nastoju lub w odwarze mięszaniny podobnéj do rodzaju ziółek prof. Dietla, zwanéi tu „paszyszat“. Jakkolwiek w ciągu moich opowiadań zacytowałem już niektóre ze środków leczniczych używanych w Persyi, to jednak ciekawém jest rozpatrzenie się w ogólnéj terapii tutejszéj, dla któréj uwydatnienia uważam za konieczne przytoczyć niektóre szczegóły. Najbardziéj przekonywającym dowodem chęci tak zapobiegania, jak i leczenia nieprawidłowych stanów chorobowych, jest znaczna stosunkowo ilość leków, jaką znalazłem w gminnéj farmakopei perskiéj. Przysłuchując się cytowaniu rozmaitych środków i sposobowi ich zastosowania ze skutkiem, w niektórych razach pewnym, w innych tylko przypuszczalnym, przekonałem się, że leczenie perskie słusznie można nazwać roślinném, a właściwiéj jeszcze, ziółkowém. W każdém bowiem cierpieniu jakiejkolwiek przyrody posługują się wszyscy lekami z roślin, posiadających pewne własności i przygotowanemi jako napar, odwar lub proszek. Wyjątek tylko należy się tu pierwotnym objawom kiły „Kuft“, które i tutaj leczą rtęcią. Daléj wyjątek stanowią nieżyty narządu trawienia, zwalczane jedynym przywiezionym z Zachodu środkiem, jakim jest siarkan magnezyi „ingliz-milk“. Największą jednak rolę odgrywa w Persyi odwar z *rad. Chinae nodosae orientalis* uważany za środek najniezbędniejszy do rozpoczęcia każdego leczenia i jako taki powszechnie tu używany. Biada więc doradzcy, który zapytany o skuteczność działania tego środka, odmówiłby mu przypisywanych pospolicie własności. Mało bowiem gdzieindziéj używany ten lek jest w Persyi czémś podobném do naszych wód zdrojowych. Podobnie jak w Europie, niejeden z lekarzy uwalnia się od zbyt natrętnych chorych, wskazaniem im tego lub owego zdrojowiska, tak téż i persey lekarze, gdy chcą tylko zachować względy pacyjenta i wprowadzić w dobry humor, każą mu pić „Czop-czyni“. Bo téż i samo spijanie odwaru jest tu połączone z pewną rozrywką zależącą na raczeniu się lekiem w towarzystwie kilku osób, paru hurysek, udających się do ogrodów, gdzie przy odgłosie fletu, teorbanu i bębenka i w czystém powietrzu, zdrowsi śpiewają i tańczą, uskarżający się zaś lubują się widokami i spijanemi kubkami z odwarem, sądzą, że przeprowadzą przemianę materyi w nadwątlonym zwykle ustroju. Podobne picie trwa zwykle dni dziewięć. Ogrody wtedy są przepełnione tak dostatnimi obywatelami, gromadami kobiet, jak również i biedactwem korzystającém z okoliczności i także upijającém się tym stosunkowo drogim tu artykułem. Rzecz zrozumiała, że czas spędzany na świeżém powietrzu i w wesołém towarzystwie skutecznie oddziaływając na usposobienie, wpaja i utrzymuje przekonanie o stanowczym wpływie wypitéj ilości naparu, w użyciu którego nie znajduje się żadnego racyjonalnego przeciwwskazania. Wybornie to zrozumieli tutejsi doradzcy, bo sami wierząc w bajeczne własności korzenia, nie uważają za praktyczne wyprowadzać z błędu całego ogółu i usposobić go do używania leków mających istotną wartość, pogardzanych jednak jako „dżohar“, czyli poprostu lek obcy.

Środkiem bardziéj złożonym jest tak zwany „haszyszak“ czyli ziółka, których przygotowanie jest przywilejem tutejszych właścicieli sklepów korzennych. Ponieważ ziółka takie mają za cel przygotowanie niejako ustroju do przyjęcia leku bardziéj energicznego, więc téż w skład ich wchodzi kilka na raz istot posiadających zupełnie odmienne własności, a to dla wywarcia skutku zależącego zupełnie od stanu ustroju i usposobienia cierpiącego. Jeżeli więc ustrój oprze się działaniu pierwiastka łagodzącego lub rozwalniającego, w takim razie uledz musi wpływowi istoty o własnościach rozmiękczających lub odurzających. Takie pojęcie o działalności fizyjologicznéj ziółek perskich, potwierdzi jeszcze sam ich skład. Zawierają one bowiem: mannę (herendżebin), strąki z *Siliqua dulcis* (flus), miętę (raziane), senes (kerasam), różę czerwoną (giul surh), nasienie z podróżnika (barhenk), rumianek (babanigheh), piołun (mamitsa), anyżek (ryzyhen), macierzankę (saator), bez (ballesan), kwiat lipowy (zahr zezafon), lukrecyję (bikmetch), rzewień (reywand), ślaz (kitmich), korzeń ipeki (dahab), liście dzikiéj lewandy (muhalassa), imbir (zendżefil) i gwoździki (mykhet). Tę mięszaninę przygotowuje się podług wskazania samego potrzebującego, który przed jéj użyciem oświadcza naprzód że chce jużto podniecić sprawy ustrojowe, lub téż orzeźwić się tylko, wziąć lek przeczyszczający, wymiotny lub łagodzący. W pierwszy razie ziółka składają się przeważnie z istot aromatycznych z dodatkiem tylko manny i wtedy przybierają nazwę leku gorącego („gerb deva“). Gdy zaś żąda się od nich, aby działały orzeźwiająco, wtedy z zachowaniem manny dodaje się zioła o własnościach łagodzących, nazywając je lekiem zimnym („sert deva“). Samo ich użycie w naparze lub wywarze nie przedstawia nic szczególnego. Lecz za to widok samego przygotowania w sklepiku i przeno-

szenia z tego ostatniego do domów, zaciekawia swoją komicznością. Potrzebujący rzadko tylko udaje się sam do preparatora, lecz posyła tylko kogoś ze swego otoczenia, który zaopatrzywszy się w dużą tacę i ręcznik biegnie co mu tchu wystarczy do perskiego składu materyjałów aptecznych, tam ustawia tacę, ściśle okrywa ją ręcznikiem, na który handlujący nakłada żądane leki i stosownie do ich jakości nasypuje je na tacę gromadkami lub też zawija w kawałki żółtego papieru. Po napełnieniu tacy, służący stawia ją na głowę i z całą powagą, wolnym krokiem rusza ku domowi, oświadczając każdemu ze spotkanych znajomych, że niesie „haszyszat“, na co otrzymuje pozdrowienie i życzenia dobrego skutku. Przybywszy na próg domu, obowiązkiem przynoszącego jest wygłosić kogo spotkał po drodze. Czy nie przeszedł mu jéj izraelita, cygan lub kobieta idąca do hasenu. W takim bowiem razie lek przyniesiony musi być najprzód poddany odwietrzeniu przez jakiegoś bardziéj bogobojnego mołłeh. Odwietrzanie zaś samo, jakkolwiek niehigijeniczne, zależy na odmówieniu modlitwy i naparzeniu ziółek w wodzie, nie już zwykłéj domowéj, lecz przyniesionéj z bardziéj czczonego meczetu. Że zaś woda w tych ostatnich bywa zwykle brudniejszą od domowéj, więc też wszelkie przygotowane z nią napoje chyba tylko dla Persa mogą się okazać skutecznemi. Sąto jednak rzadkie tylko przypadki, w których przynoszący „haszyszat“ spotyka po drodze wrogie i przesądne postacie. Zwykle umie się ich uniknąć lub ominąć, a perski zwyczaj wzajemnego okłamywania się, staje się i w tym razie wybornym środkiem pomocniczym. Przyniesiony lek zwykle w ilości 140 gramów naparza się wrzącą wodą lub też przygotowuje się zeń odwar spijany w stanie gorącym, letnim lub zimnym, szklankami lub blaszanemi miseczkami, podług celu jaki się zamierza otrzymać. Jeżeli po tego rodzaju ziółkach oczekuje się działania przeczyszczającego, wtedy spija się letnio w znacznéj ilości i blaszanemi miseczkami. W celu otrzymania skutków podniecających, wywar musi być bardzo gorący, spijany szybko i odpowiedniemi szklaneczkami. Wreszcie w zamiarze orzeźwienia się tylko, spija go się na zimno, filiżankami od herbaty. Każdy z niedomagających ściśle bardzo przestrzega wszystkich tych szczegółów, w przekonaniu, że ominięcie jednego z nich może zawieść oczekiwanie, a co najważniejsza to narazić na potrzebę sprowadzenia nowéj ilości leku. W każdym zaś razie po przygotowaniu pomocniczego płynu pozostałych ziółek się nie wyrzuca. Stają się one własnością domowych służących i kobiet, dla których lek użyty przez gospodarza jest bardzo poszukiwanym, jako mającym wywierać lepsze skutki, aniżeli świeże i nienaparzone jeszcze ziółka. Traktowanie się zaś niemi odbywa się zwykle rano, z warunkiem że niedomagający winien pozostać w domu. Na sam zaś skutek wypada czekać kilka lub kilkanaście godzin, niekiedy dzień cały, nawet i dłużéj, stosownie do własności téj lub owéj istoty wchodzącéj w skład ziółek. W razie jeżeli sprawa chorobowa ogranicza się tylko do stanu niedomagania wzięte ziółka, raz dzięki własnościom, jakie posiadają składające je istoty, a niemniéj też i w skutek ilości wziętego płynu, nieraz działają dość skutecznie. Niedomagający przychodzi do siebie, a z polepszeniem się jego stanu wraca pokój domowy i gromkie pochwały dochodzą uszu dostawcy leków. Gdy zaś rzecz ma się przeciwnie i gdy nawet powtórne wzięcie nowéj ilości roślinnego naparu nie wyprowadza z kłopotu, wtedy doznany zawód najprzód daje się uczuć kobietom i wtedy zaledwie Pers zwykł się zwracać o poradę do samouka lub teherańskiego wychowańca.

Gdy porównamy ten rodzaj przygotowawczego leczenia się w Persyi z okpiwaniem chorych przez tureckich *gelendżekczy*, musimy oddać słuszność perskiemu sposobowi postępowania. Ponieważ w nim znajdujemy w istocie środki posiadające własności lecznicze, to bez względu na ilość i skład ziółek, zawsze są one odpowiedniejsze do brania, aniżeli wszelkie specyjały, jakiemi znachorki tureckie raczą swych chorych. (C. d. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wskazówki według rad najwyższéj Rady sanitarnéj, udzielone przez Ministerstwo władzom politycznym do ogłoszenia, jak się ma wykonywać desinfekcyję po chorobach zakaźnych.

(Rozp. z d. 16 sierpnia 1887).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

II. Środki desinfekcyjne.

7. Następujących środków i sposobów można używać do desinfekcyi:

a) Spalenie: Należy je zarządzać w obec wszystkich rzeczy nie mających wartości, materyjałów opatrunkowych i ścierek znacznie zanieczyszczonych plwocinami, kałem lub wymiotami, tak samo w obec śmieci, słomy ze sienników, a w razie gdyby strona na to zezwoliła i w obec przedmiotów wartość mających, jeżeli są bardzo zanieczyszczone.

b) Para wodna powyżéj punktu wrzenia w umyślnie ku temu celowi zbudowanych przyrządach i zakładach desinfekcyjnych. Ponieważ para wodna jest środkiem desinfekcyjnym najskuteczniejszym i najmniéj szkodzący przedmiotom, najczęściéj w przenoszeniu i zawleczeniu istot zaraźliwych pośredniczącym (jakoto: suknie, bielizna, łóżka, wełniane i watowane kołdry, materace, nawet papier i książki), należy się starać, aby w każdém większém mieście, w zakładach dla chorych, dla robotników, więźniów itp. urządzono stałe odpowiednio do potrzeb urządzone zakłady desinfekcyjne. Dla mniejszych miejscowości możnaby zalecić dla wspólnego użytku sprowadzenie przyrządu ruchomego.

Dopóki podobnych urządzeń nie ma, trzeba się starać o zarządzenie w potrzebie tego, co podane jest w rozp. minist. z dnia 5 sierpnia 1886 odnoszącém się do cholery. W danym razie z konieczności można użyć zamkniętą skrzynię, w któréj się przedmioty wiesza lub ustawia, a któréj dolne dno stanowi krata; w dnie têm znajduje się otwór rury, przez którą wchodzi do skrzyni para z kotła. Górne dno skrzyni stanowi nakrywa z otworem prowadzącym do rury, którą para uchodzić ma na zewnątrz. Światło jéj nie powinno być większe niż światło rury doprowadzającéj. Czas, przez jaki przedmioty mają być wystawione na działanie pary, zależy od tego czy prędzéj czy późniéj przez nie przenika; suknie powinny przynajmniéj godzinę, stalsze przedmioty, materace, poduszki winny najmniéj dwie lub trzy godziny być wystawione na działanie pary. Rzeczy ze skrzyni wyjęte należy wywiesić do wysuszenia a po wysuszeniu można je dopiero zwrócić. W otworze znajdującym się w górném dnie umieszczony jest termometr, ażeby się w każdéj chwili przekonać można, że ciepłota wynosi 100°C., w któréj zarazki giną, futer, skóry, rzeczy klejonych nie można wystawiać na tę ciepłotę, żeby nie niszczały. Używanie suchego powietrza (suchego gorąca) nie daje dostatecznéj gwarancyi co do skuteczności, a uszkadza przedewszystkiém przedmioty z materyi zwierzęcéj robione.

c) Pięcioprocentowy rozczyn kwasu karbolowego. Rozczyn ten wielostronne ma zastósowanie dla tego, bo zabija i powstrzymuje zupełnie rozwój wszelkich zarazków roślinnych, nadaje się też jako środek desinfekcyjny dla wszystkich przedmiotów dających się prać, dla rzeczy ze skóry, drzewa, dla plwocin, klosetów itp. Można go także użyć do wytwarzania mgły karbolowéj w izbach szpitalnych, używając do tego rozpylacza większych rozmiarów. Ponieważ kwas karbolowy jest trucizną a w zgęszczonym rozczynie działa żrąco, trzeba się z nim ostrożnie obchodzić. Kwas karbolowy surowy, płynny, brunatno zabarwiony, znajdujący się w handlu, niepewną ma

wartość desinfekcyjną, przeważnie dla małéj ilości zawartego w nim czystego kwasu karbolowego. Użycie jego dozwolone być może przy zraszaniu wychodków.

d) Rozczyn sublimatu, który się sporządza w ten sposób, że się daje jeden gram sublimatu na jeden litr wody przekroplonéj. Wody studziennéj albo źródlanéj do tego użyć nie można, bo jeśli tylko nieco więcéj zawiera węglanu wapniowego, następuje częściowy lub zupełny rozkład chlorku rtęciowego i osłabia w ten sposób jego wartość desinfekcyjną. Mimo bardzo energicznego działania tego środka na hodowle bakteryj, kokki i zarodniki, dla tego nie ma on tak ogólnego zastósowania, bo się łatwo przez mineralne i organiczne połączenia rozkłada, staje się przez to nieskutecznym, a produkty z przemiany sublimatu wytworzone szkodzą organizmowi ludzkiemu; dla tego też powodu przedmiotów odkażonych rozczynem sublimatu, wtedy bez obawy możnaby daléj używać, gdyby one po desinfekcyi sublimatem tak dokładnie zostały oczyszczone, że wszystkie na nich znajdujące się połączenia nowo powstałe sublimatu dokładnie zostały oddalone. Temu wymaganiu nie zawsze można zadość uczynić, tak np. jest to niemożliwą rzeczą z podłóg i dziurkowatych ścian, które rozczynem sublimatu zmyto, wszystkie połączenia sublimatu dokładnie oddalić, a może nadto dać powód do następowych chorób rtęciowych.

Dla tych powodów nie należy używać sublimatu wszędzie, a w miejsce jego należy zalecić rozczyn kwasu karbolowego, tam gdzie nie ma się pewności, że stosowanie téj gwałtownéj trucizny przedsięwzięte zostanie przez osoby znające się na rzeczy z zachowaniem wszelkich ostrożności. Zastósowanie więc sublimatu powinno nastąpić tylko na szczególne zlecenie lekarza i pod jego osobistym kierunkiem.

e) Obok wymienionych jako skutecznie działających, a wszędzie używanych środków dezinfekcyjnych, można jeszcze wspomnieć o nakadzaniach chlorem, parą bromową, kwasem siarkawym itp., które dawniéj, dopóki dokładniéj nie znano przyrody istót zakaźnych i nie zbadano doświadczalnie zachowania się ich do wymienionych czynników, jako bardzo energicznie działające środki desinfekcyjne wychwalano. Zadawalano się tém, że przestrzeń przeznaczoną do desinfekcyi i przedmioty wystawiano na działanie wymienionych gazów, nie zbadawszy bliżéj poprzednio, czy są dopełnione ilościowe stosunki i warunki, pod jakiemi one niszcząco na istoty zakaźne działają i czy w ogóle dopełnione być mogą.

Dopiero badania ostatnich czasów dały nam bliższe pod tym względem wyjaśnienia. Według nich chlor i brom są rzeczywiście w stanie, dla własności niszczenia w obecności wody organicznych istot, niszczyć także i istoty zakaźne, jeśli się je w dostatecznéj ilości i zgęszczeniu wzięło. Dla desinfekcyi izb i przedmiotów w nich się znajdujących, trzeba aby 1% pary chloru lub bromu co do objętości zmięszany był z powietrzem pokoju, jeśli chcemy znajdujące się w nim istoty zakaźne w należyty sposób zniszczyć. Według tego potrzebnym byłby 1 metr sześcienny gazu chlorowego do desinfekcyi pokoju mającego 100 metrów sześciennych objętości. Pomijając już to, że przedmioty dłuższy czas na działanie chloru wystawione, ulegają zniszczeniu, trzeba jeszcze i to uwzględnić, że do wywięzywania chloru w potrzebnéj ilości potrzebne są osobne urządzenia i bez znajomości rzeczy sporządzić ich nie można. Przy używaniu małych ilości chloru, powietrze w pokoju przyjmie wprawdzie woń chlorową, to jeszcze jednak nie daje dostatecznéj rękojmi, że desinfekcyja nastąpiła.

Chlorek wapniu czy to w stanie sproszkowanym czy w rozczynie wodnym działa wprawdzie niszcząco na istoty zakaźne, zetknąwszy się z niemi, przeciw ogólnemu jednak użyciu jego przemawia to, że w zgęszczonym rozczynie, w którym jedynie dostatecznie działa, uszkadza wiele rzeczy do desinfekcyi przeznaczonych, a nadto jeszcze ulega rozkładowi, w skutek którego nieskutecznym się staje.

O bromie to samo można powiedzieć.

Kwas siarkawy należy według najnowszych doświadczeń do mało i niepewnie działających środków desinfekcyjnych.

Dla wyżéj wyłożonych okoliczności, trzeba z reguły unikać zastósowania chloru, bromu i kwasu siarkawego i wtedy tylko można do nich się uciec, jeżli przeprowadzenie innych sposobów desinfekcyi napotyka na nieprzeparte trudności. (Dok. nast.)

○ Międzynarodowy Zjazd higijeniczno-demograficzny. Pierwsze posiedzenie ogólne tego Zjazdu ma się odbyć w dniu 26 b. m. zagajone przez Cesarzewicza Rudolfa, odczyty zaś na niém mają mieć Brouardel, prof. i dziekan Wydziału lekarskiego w Paryżu: „O sposobie szerzenia się duru brzusznego“ i prof. Pettenkofer z Monachijum: „O nauce higijeny w Wydziałach lekarskich i po szkołach technicznych“.

Na drugiém końcowém posiedzeniu Zjazdu w dniu 2 października mają mieć odczyty Corradi prof. i rektor Uniwersytetu w Pawii: „O długowieczności w obec historyi, antropologii i higijeny“, oraz prof. Dr. Inama Sternegg, prezes komisyi statystycznéj centralnéj w Wiedniu: „O najważniejszych zmianach w europejskiéj ludności od 1000 lat“.

Z powodu wielkiéj liczby do rozpraw przedstawionych tematów, co do których przygotowano sprawozdania, utworzonych zostanie 3 sekcyje. W pierwszéj przyjdą pod rozbiór następujące temata: 1) Zużytkowanie odpadków; 2) Systemy kanalizacyi; 3) Ocenienie wody do picia i do użytku; 4) Zaopatrzenie budynków w światło i ciepło słoneczne; 5) Postępy oświetlenia gazowego i elektrycznego; 6) Praktyka desinfekcyi; 7) Konieczność i zakładanie szpitali odosobnionych. W sekcyi drugiéj rozbieranemi będą temata: 1) Lekarski nadzór nad szkołami; 2) Nauka higijeny; 3) Ustawodawstwo dotyczące ochrony robotników i higijena fabryk; 4) Fałszowanie pokarmów; 5) Pokonywanie alkoholizmu; 6) Handel środkami tajnemi. W trzeciéj: 1) Związek zaopatrzenia w wodę i powstawania chorób zakaźnych; 2) Epidemije cholery w 3—4 latach ostatnich; 3) Ochrona od szkodliwego wpływu zakażonych szmat; 4) Higijena okrętów, 5) Międzynarodowy regulamin epidemiczny; 6) Szczepienie ochronne; 7) Usposobienie ludów różnych ras do zarazków.

Nadto po wyczerpaniu tego porządku dziennego zapowiedziano wiele ciekawych rozpraw.

W połączeniu z tym Zjazdem urządzoną zostanie wystawa przedmiotów higijenicznych w gmachu Uniwersytetu, gdzie też i posiedzenia Zjazdu odbywać się będą. Postarano się też o uprzyjemnienie członkom Zjazdu całotygodniowego pobytu w Wiedniu przez ułatwienie zwiedzania osobliwości wszelkiego rodzaju i wycieczki na Kahlenberg, do źródeł wodociągów wiedeńskich w Kaiserbrunn i na Semmering. Odbędzie się także przyjęcie członków u dworu i przez Radę miasta Wiednia, oraz bezpłatne dla członków przedstawienie w operze. Nadto po zakończeniu Zjazdu urządzoną będzie wycieczka do Pesztu, a jeżeli się znajdzie dostateczna liczba uczestników także do Abacyi lub na Wschód.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 21·3. Z ospy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z gruźlicy 2 (7 z. t.); z zapalenia płuc 0 (3 z. t.); z zapalenia kiszek 8 (11 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego (z Podgórza), 3 czerwonki, 1 róży. W tygodniu od 31 lipca do 6 sierpnia umarło z ospy: w Tarnopolu 1, w Warszawie 20, w Wiedniu 1, w Pradze, Budapeszcie i Rzymie po 2; w Tryjeście 6, w Paryżu i Petersburgu po 3. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 12, w Londynie 10, w Petersburgu 11. Z odry umarło we Lwowie 1, w Wiedniu 10, w Mnichowie 8, w Paryżu 13, w Londynie 34, w Kopenhadze 12. Z płonicy umarło w Brodach 1, w Wiedniu 5, w Londynie 25. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Kołomyi 2, w Przemyślu 2, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 4, w Budapeszcie 10, we Wrocławiu 10, w Paryżu 23, w Londynie 15, w Petersburgu 13. Z krztuśca umarło w Kołomyi 2, w Przemyślu 2, w Czerniowcach 1, w Wiedniu 2, w Londynie 81, w Chrystyjanii i Petersburgu po 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 lipca do 6 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,3; we Lwowie 37,9; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 43,7; w Kołomyi 26,0; w Przemyślu 37,0; w Stanisławowie 35,1; w Tarnopolu 30,8; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 28,0; w Wiedniu 27,1; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 36,9; w Salcburgu 29,1; w Gracu 27,8; w Tryjeście 26,8; w Insbruku 18,7; w Pradze 36,7; w Bernie 29,0; w Ołomuńcu 15,3; w Opawie 21,1; w Berlinie 34,5; we Wrocławiu 48,3; w Gdańsku 31,6; w Dreźnie 33,8; w Hamburgu 32,9; w Kolonii 44,9;

w Królewcu 44,1; w Lipsku 20,0; w Mnichowie 44,1; w Strasburgu 31,8; w Amsterdamie 20,4; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 37,0; w Chrystyjanii 30,7; w Kopenhadze 24,7; w Londynie 21,8; w Odesie 31,9; w Paryżu 20,2; w Petersburgu 26,5; w Rzymie 23,5; w Stokholmie 27,1; w Wenecyi 25,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 września. W grupie 26 wystawy krajowéj krakowskiéj (przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych) otrzymali odznaczenia:

I. *Dyplomy honorowe.* 1) Gmina stołecznego królewskiego miasta Krakowa za urządzenia sanitarne. 2) Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich na ręce założyciela i prezesa prof. Dra Edwarda Korczyńskiego, za długoletnie a skuteczne krzewienie piśmiennictwa lekarskiego w Polsce.

II. *Dyplomy uznania Towarzystwa Lekarskiego krak.* 1) Dr. Adamkiewicz Albert, prof. Uniw. Jagiell. za prace naukowe. 2) Dr. Buszek Jan, fizyk miasta Krakowa, za pouczające sprawozdania ze stanu zdrowotnego i spostrzeżeń sanitarnych w Krakowie. 3) Muzeum Przemysłowo-techniczne w Krakowie na ręce dyrektora tegoż Dra A. Baranieckiego, za zbiór wód mineralnych polskich. 4) Niedziałkowski Janusz, dyrektor budownictwa miejskiego w Krakowie, za umiejętne wykonanie budowli sanitarnych. 5) Dr. Obaliński Alfred, prof. Uniw. Jagiell., za środki opatrunkowe wyrabiane dla szpitala św. Łazarza. 6) Redakcyja *Wiadomości farmaceutycznych*, K. Wenda i M. L. Dobrowolski w Warszawie, za krzewienie piśmiennictwa farmaceutycznego. 7) Rychnowski Franciszek, inżyniermechanik we Lwowie, za przenośny przyrząd do desinfekcyi. 8) Świeżawski Ernest i K. Wenda w Warszawie, za dzieło naukowe: „Materyjały do dziejów farmacyi w dawnéj Polsce“. 9) Szpital św. Łazarza w Krakowie, za przedstawienia statystyki szpitalnéj sposobem kartograficznym. 10) Wydawnictwo *Zdrowia* Dra Józefa Polaka w Warszawie. 11) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Krynicy. 12) Zontak Władysław, kustosz muzeum im. Dzieduszyckich za wzorowy dom higijeniczny w Rymanowie.

III. *Medale srebrne rządowe.* 1) Fabryka parowa wód gazowych i wyrobów chemicznych K. Rząca i Chmurski w Krakowie, za wody mineralne sztuczne i wody sodowe higijeniczne. 2) Fabryka parowa cykoryi i surogatów kawy, Rozmanit Antoni w Rakowicach pod Krakowem, za wyroby cykoryi. 3) Kotowicz Kazimierz w Krakowie za wyroby gelatynowe. 4) Krajowa fabryka opatrunków chirurgicznych Michała Ludwika Dobrowolskiego w Krakowie, za środki opatrunkowe chirurgiczne. 5) Mańkowski Aleksander, aptekarz w Przemyślu i Sieniawie za wyroby apteczne, a szczególniéj za pigułki cukrowe *(granula)*. 6) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu. 7) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Morszynie za przetwory zdrojowe. 8) Zakład zdrojowy w Szczawnicy. 9) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Żegiestowie.

IV. *Medale bronzowe rządowe.* 1) Biasion Alfred w Krakowie za przyrządy chirurgiczne i ortopedyczne. 2) Delaval George E. z Grybowa za łóżka i nosze dla chorych i rannych. 3) Fabryka pierników i sucharków, L. Czyński w Jarosławiu, za pieczywa higijeniczne i grysiki glutenowe. 5) Fabryka chemiczno-kosmetyczna Kiernik Edward w Krakowie, za wyroby kosmetyczne i higijeniczne. 5) Fabryka powozów Adolf Meissner w Krakowie, za przyrządy gimnastyczne i za wózki do wożenia chorych. 6) Fabryka pierników, Kasper Molęcki w Krakowie, za wyroby piernikarskie. 7) Freisinger Józef, mag. chir. w Lisku, za produkcyje krowianki. 8) Kowalski Stanisław i Bełdowski Władysław, aptekarze pod złotą koroną w Krakowie, za przetwory farmaceutyczne. 9) Lachowicz Stanisław, mag. farm., za preparata chemiczne. 10) Pierwsza fabryka krajowa chemiczno-kosmetyczna, Ihnatowicz Jan, mag. farm. we Lwowie, za wyroby kosmetyczne. 11) Szybalski Felicyjan w Morawicy za uprawę roślin aptekarskich. 12) Zieniewicz Porfiry, aptekarz w Brzostku, za uprawę roślin lekarskich.

V. *Medale bronzowe komitetu.* 1) Dr. Julijan Czyrniański, lekarz z Krakowa za przyrząd aspiracyjny żołądkowy. 2) Düsseldorfska fabryka, Lebenstein Jan na Zwierzyńcu pod Krakowem, za wyrób gorczyczników *(sinapismata)*. 3) Dyrekcyja ruchu kolei państwowéj, za przyrządy ratunkowe. 4) Fabryka tkanin metalowych E. Chrzanowskiego w Warszawie, za łóżko składane do podnoszenia chorych. 5) Fabryka „Leliwa“ Kordanowskiego Konstantego w Warszawie, za ekstrakt miodowo-słodowo ziołowy. 6) Fabryka ekstraktu słodowego, Józef Trąbczyński we Winiarach pod Kaliszem, za wyciąg słodowy. 7) Filija krakowska miejska stow. „Czerwonego Krzyża“, za urządzenia do pielęgnowania rannych. 8) Kosydarski Władysław w Krakowie, za przyrządy blaszane do pielęgnowania chorych. 9) Mann Rudolf we Lwowie, za bandaże i przyrządy ortopedyczne. 10) Nitribitt Hugo, aptekarz w Krynicy za wyroby farmaceutyczne, zastósowane do celów leczniczych i balneologicznych. 11) Pinkowski Bolesław, aptekarz w Strzelnie, za esencyję żołądkową kaszubską. 12) Seeling Ludwik w Izdebniku, za suszone jarzyny do gotowania. 13) Solkowski Antoni, fabrykant bulijonu w Krysowicach, za wyrób bulijonu. 14) Sobierajski Feliks, aptekarz w Krakowie, za wyroby farmaceutyczne i kefir. 15) Trzciński W. i Urbanowicz J. z Warszawy, za wyroby farmaceutyczne i opatrunkowe. 16) Wiszniewski Konstanty, aptekarz w Krakowie, za przetwory do użytku lekarskiego. 17) Zakład kąpielowy w Lubieniu Wielkim. 18) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Rymanowie.

VI. *Listy pochwalne.* 1) Eichhorn Gustaw, bandażysta w Bielsku, za bandaże i przyrządy ortopedyczne. 2) Fabryka korków, Malewski L. J. we Lwowie, za wyrób korków. 3) Huta szkła, Piwko Zygmunt w Majdanie górnym, za szkła do użytku farmaceutycznego. 4) Idzikowski Feliks, dentysta z Warszawy, za wyroby dentystyczne. 5) Jakubowski Roman, aptekarz w Nowym Sączu, za przetwory waselinowe. 6) Lesiecki Feliks, urzędnik szpitala św. Łazarza w Krakowie, za wykonanie kartogramów statystycznych szpitala. 7) Radler Edward, aptekarz w Krakowie, za środki opatrunkowe. 8) Turliński Ferdynand, restaurator w hotelu pod Różą w Krakowie, za koserwy spożywcze. 9) Wisłocki Ludwik Jan, za wyroby farmaceutyczne. 10) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Rabce. 11) Zakład zdrojowo-kąpielowy w Swoszowicach. 12) Zakład zdrojowy we Wysowéj.

* Dr. Henryk Pacanowski podjąwszy się stałego współpracownictwa do *Schmidt's Jahrbücher für die gesammte Medicin*, a w szczególności do działu sprawozdawczego z celniejszych prac lekarskich polskich uprasza za naszém pośrednictwem Szanownych autorów o nadsełanie mu (pod adresem Warszawa Próżna 7) odbitek z tych prac, które nie będą ogłoszone w którémkolwiek z naszych pism lekarskich, lecz drukowane oddzielnie. Zarazem zwraca się Dr. Pacanowski z prośbą do tych kolegów, którzy prace swe zamierzają ogłaszać także w języku niemieckim lub francuskim, aby go o têm zawiadomić raczyli, ponieważ z tego rodzaju prac redakcyja *Schmidt's Jahrbücher* sama podług swego uznania z czasopism obcych sprawozdanie układać będzie.

* Doszły nas zeszyty 53 i 54 (tomu VI arkusza 10—18) dzieła *Biographisches Lexicon*, zawierające życiorysy lekarzy, począwszy od Voigtla aż do Wilsona, a pomiędzy niemi biografije lekarzy polskich: Warschauera, Wieherkiewicza, Widmanna, Wilczkowskiego, Wedelickiego i Wikszewskiego.

* Zjazd IX międzynarodowy w Waszyngtonie uchwalił, aby Zjazd następny odbył się w r. 1890 w Berlinie.

* W Cieplicach czeskich bawiło do dnia 15 b. m. 7,200 osób.

* Na Zjazd higijeniczny wyjeżdżają ze Lwowa do Wiednia jako delegaci Namiestnictwa: protomedyk Biesiadecki i prof. Czyżewicz, z ramienia Tow. Lek. galic. Dr. Opolski, z uniwersytetu rektor Dr. Pilat, z politechniki rektor Maryniak, jako delegaci miasta fizyk Dr. Pawlikowski, chemik Dr. Wąsowicz i inżynijer Górecki, ze szkoły weterynarskiéj Dr. Szpilmann; wreszcie jako delegaci gremijum aptekarzy Galicyi wschodniéj pp. Piepes i Sklepiński.

Z lekarzy krakowskich zamierzają wziąść udział w tym Zjeździe proff. Domański i Pareński, docenci Grabowski

i Ponikło, fizyk miasta Dr. Buszek oraz Dr. Ściborowski. Także z prowincyi udaje się na Zjazd, jak słyszeliśmy, dość znaczna liczba lekarzy. Delegatem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie doc. Dr. Grabowski.

* *Wiener allg. med. Zeitung* ogłasza w numerze 38ym z r. b. konkurs na dwie posady dla weterynarzów w Sadovo (koło Filipopola) i w Ruszczuku. Płaca wynosi 3,600 franków, wolne mieszkanie i opał. Starający się o jednę z tych posad muszą znać dokładnie jeden z języków słowiańskich, być pochodzenia słowiańskiego i wykazać się przynajmniéj 4-letnią praktyką w zawodzie weterynarskim.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Nenckiego: Salol, jego związki i ich zastósowanie lecznicze; Przeborskiego: Obecne metody leczenia gruźlicy krtani (c. d.); Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnêm zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 38: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 2: Coghena: O wpływie mózgu na obniżenie ciepłoty; Feigla: Nagła śmierć w szkole (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 9: Skutki przeciążenia umysłowego młodzieży.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę elewa przy klinice lekarskiéj; podania należy wnieść na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego do dnia 1 Października b. r.

Kraków dnia 14 Września 1887. Prof. *N. Cybulski.*

L. 1284. **KONKURS.**

W miasteczku Kopyczyńcach, powiecie Husiatyńskim, jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z pensyją roczną 100 zlr. w. a. i dochodami z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego i zwłok zmarłych.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Podania wnieść należy na ręce Zwierzchności gminy najdaléj do 15 Października.

Kopyczyńce dnia 18 Września 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 1 Października 1887. Nr. 40.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.
Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.
Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
asystent tego zakładu.

Zależność stanu naczyń od nerwów znaną już była w wieku zeszłym; w r. 1727 zauważył Pourfour Du Petit (*Mem. de l'Acad. des sciences*, 1727) zaczerwienienie spojówki i przepełnienie jéj naczyń krwią u psa po przecięciu nerwu współczulnego odpowiedniéj strony. Podobnie Dupuy (*Jour. de medic. de Leroux*, 1816) w r. 1816 spostrzegł przepełnienie naczyń i podwyższenie ciepłoty ucha i połowy głowy u konia, któremu przeciął nerw współczulny; Brachet zaś (*Recherches experimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire*, 1837) te same zjawiska w naczyniach mózgowych u psa. Były to jednak oderwane tylko spostrzeżenia, poczynione mimochodem, na które nie kładziono nacisku i nie starano się ich wytłumaczyć. Pierwsze gruntowne doświadczenia w tym kierunku podjęte, również jak wytłumaczenie wpływu nerwów na stan naczyń, zawdzięczamy bezwzględnie słynnemu francuskiemu fizyjologowi Klaudyuszowi Bernardowi (*Compt. rend. d. l. Soc. de Biologie.* 1851, *Gaz. Méd. de Paris*, 1852, *Compt. rend.* 1834—1852, *Compt. rend.* 1846 do 1858, *Sur les variations de couleur dans le sang veineux des organs glaudulaires suivant leur etat de fonction ou de repos*), którego skłoniły do tego spostrzeżenia co do nerwu współczulnego podobne do powyżéj opisanych i spostrzeżenie, że krew odpływająca z nerki w stanie czynnym przez żyłę nerkową jest jasna, czerwona, podobnie jak krew tętnicza, w spoczynku zaś odzyskuje znów barwę krwi żylnéj. Podobne stosunki znalazł też i w śliniance podszczękowéj (*Claude Bernard*: *Compt. rend.* 1847—1858. *De l'influence de deux ordres de nerfs, qui déterminent les variations de couleur du sang veineux dans les organes glandulaires*); gdy drażnił wspólny pień nerwu językowego i *chorda tympani (n. tympanico lingualis)* krew w żyle gruczołowéj stawała się jasną i wypływała w obfitéj ilości z naciętéj żyły, przeciwnie zaś przy drażnieniu nerwu współczulnego przybierała barwę ciemną i skąpo tylko sączyła się z gruczołu. Wytłumaczył te zjawiska w ten sposób, że barwa krwi zależy od ilości tlenu zawartego w niéj, im więc szybciéj krew przepływa przez tkaniny odtleniające, tém jest czerwieńszą, *chorda tympani* więc rozszerza naczynia ślinianki, w skutek czego krew żywiéj poczyna krążyć, nerw zaś współczulny zwęża takowe.

W dalszym ciągu swych badań nad nerwem współczulnym wykazał, że przecięcie tegoż wywołuje rozszerzenie naczyń i podwyższenie ciepłoty odnośnéj połowy twarzy i ucha królika. Rozszerzenie naczyń przypisywał wpływowi nerwów naczyniowych *(nerfs vasculaires)*, podwyższenie zaś ciepłoty odrębnemu rodzajowi nerwów, które nazwał *nerfs calorifiques* (Claude Bernard: *Compt. rend.* 1855—1862. *Des phénomènes oculo-pupillaires, produits par la section du nerf sympathique cervical, ils sont indépendants des phénomènes vasculaires et calorifiques de la tête*).

Skoro ukazały się powyższe doświadczenia, chcieli ówcześni fizyjologowie uogólnić te własności dla wszystkich nerwów ruchowych; Klaudyusz Bernard (*Compt. rend.* 1855—1862. *Recherches experimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique)*, jednak wykazał ich odrębność badaniami swemi nad nerwem kulszowym, po przecięciu którego otrzymywał podwyższenie ciepłoty łapki królika lub psa, jeżeli jednak przecinał splot krzyżo-lędźwiowy przed przyłączeniem się włókien nerwu współczulnego, ciepłota łapki pozostawała niezmienioną, występowało tylko porażenie ruchu i czucia, bez zmian naczyniowych, które przypisywał jedynie działaniu nerwu współczulnego. Podobne stosunki znalazł też i w przednich łapkach po przecięciu splotu barkowego.

Poglądy powyższe, również jak i przypuszczenie nerwów ciepłoty (*nerfs calorifiques et frigorifiques*) nie utrzymały się,

prace jednak Klaudyusza Bernarda dały pochop do dalszych poszukiwań w téj dziedzinie fizyjologii. Wkrótce potém wykazał Vulpian (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1869. *Compt. rend.* 76—1873. *Nouvelles recherches sur la corde du tympan. Ibid. Recherches relatives à l'action de la corde du tympan sur la circulation sanguine de la langue*), że drażnienie obwodowego końca nerwu językowego wywołuje rozszerzenie naczyń języka, gdy przeciwnie drażnienie nerwu podjęzykowego zwężenie tychże. Po przecięciu jednak *chorda tympani* w jamie bębenkowéj drażnienie nerwu językowego pozostawało bez najmniejszego skutku, własności więc rozszerzające przypisał Vulpian włóknom *chordae tympani*, które się dołączają do nerwu językowego, jakto prawie równocześnie z nim stwierdził Prévost metodą degeneracyjną Wallera (*Compt. rend.* 75—1872. *Sur la distribution de la corde du tympan*).

Nie zawsze jednak drażnienie nerwu podjęzykowego sprawia zwężenie naczyń, u żab znalazł w nim Lépine (*Ber. d. Sächs. Gesell. d. Wiss.*, 1870) włókna rozszerzające, podobnie Anrep i Cybulski (*St. Petersb. Med. Wochenschrift*, 1884. *Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven*) otrzymali kilkakrotnie zamiast zwężenia, rozszerzenie naczyń językowych u psa podczas drażnienia tegoż nerwu. Równie i prącie zaopatrują nerwy dwojakiego rodzaju, mianowicie wzwodowe, wykryte przez Eckharda (*Beitr. z. Anat. u. Physiol.*, III, 1863, i IV 1867), które rozszerzając naczynia sprawiają wzwód prącia przez przepełnienie krwią ciał jamistych, a nadto *n. pudendus*, który podług Lovena (*Ber. d. sächs Gesell. der Wiss.*, 1866) zwęża naczynia prącia. Badania Nikolskiego (*Archiv f. Anatomie u. Physiologie*, 1879), Anrepa i Cybulskiego (l. c.) wykazały, że obok grubéj gałęzi nerwu wzwodowego przebiegają częstokroć cienkie gałązki zwężające naczynia a i pień sam niejednokrotnie zawiera włókna obu rodzajów.

Po przecięciu części szyjnéj nerwu współczulnego wszyscy autorowie zgodnie znajdowali rozszerzenie naczyń ucha i podwyższenie ciepłoty dłuższy czas trwające, natomiast zwężenie naczyń i obniżenie ciepłoty podczas drażnienia tegoż nerwu, z wyjątkiem Dastrea i Morata (*Compt. rend.* 87—1878), którzy zamiast zwężenia wywoływali rozszerzenie naczyń dziąseł i ścian jamy ustnéj u koni i osłów przez pobudzanie nerwu współczulnego. Należy tutaj wspomnieć, że oprócz nerwu współczulnego, który jedyny zwęża naczynia ucha u psów i kotów Schiff (*Unters. z. Physiol. d. Nervensystems*, 1855 *u. Berner Schriften*, 1856), Loven (l. c.) i Moreau (*Mem. d. Physiol.*, 1877) wykazali podobne własności nerwu usznego rdzeniowego (*n. auricularis cervicalis*) królików i morskich świnek.

Podobnie jak ślinianki, zaopatruje nerw współczulny gruczoł tarczykowy w gałązki zwężające naczynia, nerw zaś krtaniowy górny zasila go w gałązki rozszerzające, jakto wykazały badania Dra Prusa (Przegląd Lekarski. Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego), podjęte w tutejszym zakładzie fizyjologicznym.

W dalszym swym przebiegu nerw współczulny zaopatruje (*n. splanchnici*) naczynia trzew brzusznych, które zwęża pobudzony, wreszcie oddaje gałązki zwężające do nerwów odnóg, biegnąc wraz z *plexus brachialis*, jakoteż w dolnych odnogach z nerwem kulszowym. Jakkolwiek więc przypuszczenie Klaudyusza Bernarda, że włókna zwężające naczynia pochodzą jedynie od nerwu współczulnego nie zostały potwierdzone późniejszemi badaniami, wykazującemi, że włókna naczyniowe wychodzą z ośrodków, któremi są rdzeń przedłużony i pacierzowy z rozmaitéj wysokości, nie da się jednak zaprzeczyć, że większa ich część przebiega przez nerw współczulny, który w całym obszarze jest nerwem zwężającym *par excellence*.

O ile w wynikach badań nad nerwem współczulnym oraz nerwami zaopatrującemi język i prącie panuje zgodność z bardzo małemi tylko różnicami, o tyle podzielone są zdania co do działania nerwu kulszowego na naczynia. Goltz (*Pflügers Archiv* 9, 1874 i 11—1875. *Uiber gefässerweiternde Nerven*) stanowczo przypuszczał jedynie wpływ rozszerzający, a podwyższenie ciepłoty łapy, istniejące przez czas pewien po przecięciu tego nerwu, odnosi do długo trwałego podrażnienia. Zapatrywanie to rozszerzał także na inne nerwy a nawet na nerw współczulny, twierdząc że jest nerwem rozszerzającym naczynia. Inni autorowie, jak Putzeys i Tarchanow (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*) przypuszczają znów odwrotnie tylko działanie zwężające, podwyższenie zaś ciepłoty, występujące po dłuższém drażnieniu nerwu kulszowego, przypisują wyczerpaniu i znużeniu tegoż, wreszcie Kendal i Luchsinger (*Pflügers Archiv* 13, 1876. *Zur Innervation der Gefässe, Pflügers Archiv*, 14, 1876, *Fortgesetzte Untersuchungen zur Lehre von der Innervation der Gefässe, Pflügers Archiv* 18, 1878), Ostroumow (*Pfl. Arch.*, 12, 1875, *Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefässe*), Heidenhain, Grützner (*Pfl. Arch.*, 16, 1878, *Beitr. zur Kenntniss d. Gefässinnervation*), Dziedziul i inni utrzymują, że nerw kulszowy zawiera oba rodzaje włókien, t. j. tak rozszerzające jak i zwężające naczynia, a skutek wywołany drażnieniem zależy albo od jakości bodźca drażniącego, albo od stanu, w jakim się nerw znajduje. Pobudzanie nerwu świeżo przeciętego bardzo słabemi prądami lub też pojedynczemi uderzeniami miarowemi, powtarzającemi się co jedna, dwie aż do pięciu sekund, sprawia podług tych autorów zawsze podwyższenie ciepłoty łapy, a więc rozszerzenie naczyń, prądy zaś silne sprawiały wyłącznie obniżenie ciepłoty, zwężenie więc naczyń. Również jeżeli drażnili nerw przecięty poprzednio przed 3—6 dniami, otrzymywali rozszerzenie naczyń, z czego wnosili, że włókna zwężające pierwéj wyrodnieją aniżeli rozszerzające. Bernstein (*Pfl. Archiv*, 15, 1877, *Versuche zur Innervation der Blutgefässe*) i Lepine (*Compt. rend. d. l. Soc. de biologie*, 1876) twierdzą w końcu, że skutek nie zależy ani od zwyrodnienia nerwu, ani od jakości i siły bodźca drażniącego, lecz od stanu naczyń, w jakim się podczas drażnienia znajdują. Nawet najsilniejszemi prądami wywoływali rozszerzenie naczyń, jeśli poprzednio były skurczone przez oziębianie łapy przez czas dłuższy w wodzie o ciepłocie 6—10°C., jednym więc i tym samym nerwom przypisują wprost odmienne działanie, odnośnie do rozmaitych warunków.

Nad ośrodkami tych nerwów nie będę się dłużéj zastanawiał, wspomnę tylko, że co do ośrodków nerwów rozszerzających nie mamy żadnych podań, siedzibą zaś ośrodków nerwów zwężających jest rdzeń przedłużony i pacierzowy, jak to rozliczne badania z wszelką stanowczością stwierdziły. Od nich dążą włókna zwężające bądź same, bądź w połączeniu z gałązkami nerwu współczulnego do nerwów ruchowych, których drobne rozgałęzienia gubią się w naczyniach i działanie swe na nie wywierają. W jaki jednak sposób działanie to przedstawić sobie należy? Czy rozszerzenie naczyń jest wynikiem zwątlenia, osłabienia napięcia mięśni

naczyniowych w skutek obniżenia działania zakończeń nerwów zwężających, czy też jest skutkiem stanu czynnego mięśni, w którymto razie należy przypuścić bezpośredni jakiś mechanizm rozszerzający, o tém dotychczas nic stanowczego powiedzieć nie można i w téjto kwestyi zdania fizyjologów są jak najróżnorodniejsze i najsprzeczniejsze ze sobą.

Za czynném rozszerzaniem naczyń oświadczyli się pierwsi Klaudyjusz Bernard (*Leçons sur les liquides de l'organisme*, 1859) i Schiff (*Leçons sur la physiologie de la digestion*, 1868), nie objawili jednak swego zdania co do mechanizmu rozszerzającego. Vulpian (*Leçons sur la physiologie de la digestion*, 1886) twierdził, że powodem rozszerzenia tętnic jest skurcz żył, Legros (*Des nerfs vasomoteurs. Thèse de concours*. Paris, 1873) przypisuje je ruchom robaczkowym tętnic, Brown Séquard zaś (*Leçons sur les nerfs vasomoteurs*. 1872) pośrednictwu tkanin międzynaczyniowych, do któregoto zdania skłania się też i Severini (*Ricerche sulla innervazione dei vasi sanguinei*. 1878) udowadniając, że pod wpływem drażnienia nerwów tkaniny w stanie czynnym więcéj znacznie wytwarzają bezwodnika węglowego, który działa rozszerzająco na naczynia, badania jego bowiem wykazywały, że pod wpływem tlenu jądra naczyń włosowatych stają się krótsze i grubsze, naczynia zaś kurczą się, pod działaniem zaś bezwodnika węglowego wydłużają się i cieńczeją a światło naczyń rozszerza się. Żadna jednak z tych teoryj nie mogła się utrzymać w obec poważnéj krytyki i wymownych faktów, tak iż obecnie istnieją dwojakiego tylko rodzaju poglądy.

Najwięcéj rozpowszechniona pomiędzy fizyjologami jest teoryja analogiczna teoryi Bezolda co do unerwienia serca, twierdząca że naczynia posiadają swe własne ośrodki obwodowe, zwoje nerwowe, utrzymujące je w stanie napięcia po zniszczeniu głównego ośrodka, t. j. rdzenia, a działanie tych zwojów wzmacnia lub osłabia wpływ nerwów, w skutek czego naczynia albo się rozszerzają albo zwężają. Czy jednak zwoje te są jednorodne i włókna nerwowe tak pobudzające jak i tamujące kończą się w nich, czy też włókna zwężające biegną bezpośrednio do mięśni okrężnych naczyń, a tamujące do zwojów, za pośrednictwem których osłabiają działanie poprzednich, tego żaden z fizyjologów jasno nie tłumaczy.

Jednym z najżarliwszych obrońców téj teoryi był Goltz (l. c.) we Francyi zaś pierwszy Vulpian (l. c.) skłonił się do niéj. Późniéj przyjęli ją i inni autorowie, jak Putzeys, Tarchanow (l. c.), Luchsinger (l. c.), Ostroumow (l. c.), Huizinga (*Pfl. Arch.h*, 11, 1875. *Untersuchungen über die Innervation der Gefässe in der Schwimmhaut des Frosches)*, Lafont (l. c.), Nikolski (l. c.) itd.

Poszukiwania histologiczne Bealego (*Phil. Transact.*, 1864), Lehmana (*Zeitschrift f. wiss. Zool.*, 15, 1864), Biddera (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1866), Arnolda (*Strickers Gewebelehre*, 1871), Henocqua (*Arch. d. phys. norm. et pathol.*, 3, 1870, *These inaugurale de Paris*, 1870), Prusa (*Przegląd Lekarski*, 14, 1885. O komórkach zwojowych wykrytych w skórze) i innych wykazały rzeczywiście istnienie zwojów nerwowych bądźto w naczyniach samych, bądźteż obok nich, prace te jednak są dość nieliczne i należy jeszcze oczekiwać dalszych badań w tym kierunku nad narządami, co do których wszelkie poszukiwania spełzły na niczém.

Na poparcie téj teoryi przytaczano fakty fizyjologiczne, dowodzące istnienia samodzielnych zwojów i podobieństwa między nerwami rozszerzającemi a nerwem błędnym. Co do pierwszéj kwestyi, to bronią jéj autorowie zjawiskiem, że po zniszczeniu rdzenia lub odłączeniu nerwów pewnego narządu od ośrodków, naczynia rozszerzone po pewnym czasie zwężają się, odzyskują pierwotne napięcie. Podobieństwo z nerwem błędnym udowadnia Lafont (l. c.), który silnemi prądami drażni nerw współczulny, więc zwężający, analogiczny do nerwów przyspieszających serca, a nie zdołał przezwyciężyć działania nerwu rozszerzającego (*n. supramaxillaris*), pobudzonego bardzo słabym prądem, który w tym razie obejmuje tamujące zadanie nerwu błędnego. Równie Ostroumow (l. c.) znalazł, że do zwężenia naczyń w języku trzeba stosować znacznie silniejszy prąd do nerwu podjęzykowego, aniżeli do nerwu językowego, aby wywołać rozszerzenie naczyń. Z tegoto powodu nazywa nerwy zwężające nerwami naczynioruchowemi (*Vasomotoren*), nerwy zaś rozszerzające tamującemi (*Hemmungsnerven*). Nikolski (l. c.) wreszcie usiłował wykazać podobieństwo z nerwem błędnym pod względem zachowania się w obec atropinu i muskarynu. Atropin poraża podług niego nerwy wzwodowe prącia, muskaryn zaś pobudza je, podobnie jak zakończenia nerwu błędnego.

Podobieństwa tego nie znaleźli Anrep i Cybulski, którzy wykazali drażniąc na przemian lub równocześnie nerw podjęzykowy i językowy, że tak słabemi jak silnemi prądami znieść można rozszerzenie naczyń, a będąc w stanie za pomocą swéj metody oznaczyć czas utajonego podrażnienia, czas w którym naczynia dochodzą do najsilniejszego zwężenia lub rozszerzenia i powrotu do stanu pierwotnego, nie zauważyli żadnéj różnicy pod względem własności nerwów rozszerzających i zwężających. Badania ich nad zachowaniem się nerwów wzwodowych, językowych i podjęzykowych pod wpływem atropinu nie potwierdziły doświadczeń Nikolskiego, które zresztą są w sprzeczności nawet z badaniami zwolenników teoryi samodzielnych zwojów, jak Keuchla (*Das Atropin u. die Hemmungsnerven*. Dorpat, 1868), Heidenhaina (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 5, 1872 i 9, 1874), Ostroumowa, Vulpiana (*Leçons sur l'appareil vasomoteur*. 1875) i innych.

Nadmienię tutaj nawiasem, iż podobne własności, jakie autorowie powyżsi przyznają zwojom obwodowym, chce Bernstein przenieść bezpośrednio na mięśnie naczyń, nadając im pewne własności ośrodkowe (*centrale Fähigkeit*) (?)

Obok teoryi samodzielnych zwojów zasługuje obecnie na uwagę teoryja Exnera (*Sitzgsber. d. wiener Akad.*, 75—1877), przedstawiająca się w sposób następujący: ściany naczyń składają się z mięśni podłużnych i okrężnych, a w każdym rodzaju kończą się odrębne nerwy. Podrażnienie nerwów kończących się w mięśniach podłużnych sprawia rozszerzenie naczyń, w mięśniach okrężnych natomiast zwężenie. Teoryję tę, którą sam Exner późniéj porzucił, podjęli obecnie Anrep i Cybulski, których skłaniają do tego wyniki doświadczeń stwierdzające zupełną zgodność własności nerwów, tak zwężających, jak rozszerzających. Ponieważ w tę dość jeszcze ciemną dziedzinę fizyjologii rzucić mogą pewne światło badania nad wpływem nerwów na naczynia wśród rozmaitych warunków, sądząc więc, że choćby przyrzucenie kilku faktów będzie rzeczą pożądaną, podjąłem szereg doświadczeń za zachętą i pod kierunkiem mego czcigodnego nauczyciela, prof. Cybulskiego, któremu niech mi wolno będzie tutaj wyrazić gorącą wdzięczność za gotową zawsze i niestrudzoną pomoc.

Zanim przejdę do opisu powyższych doświadczeń, sądzę że właściwą rzeczą będzie wspomnieć słów kilka o metodach, jakiemi do niedawnego czasu rozporządzano, mianowicie, że

niedokładności takowych przypisać należy w znacznéj części różnorodność zdań, panującą w téj kwestyi.

Polegały one bądźto na bezpośredniéj obserwacyi stanu naczyń w dostępnych narządach, jak pletwach kaczek i żab, lub uchu królika, prąciu psa itd., bądź też na obliczaniu ilości krwi wypływającéj z rurki wstawionéj w żyłę narządu badanego, któregoto sposobu używał Klaudyjusz Bernard w swych doświadczeniach czynionych nad ślinianką, Putzeys i Tarchanow nad nerwem kulszowym, Eckhardt zaś i Nikolski, a po części Anrep i Cybulski w badaniach nad nerwami wzwodowemi. Metoda ta nieudolna ma jeszcze tę niedogodność, że po dłuższym czasie zwierzę traci ilość krwi nieobojętną dla ustroju; co wpływa na zmiany naczyniowe, a prócz tego ustawiczne krzepnienie utrudnia badanie i wzmaga niedokładność obliczeń. Jeszcze mniéj zaufania budzi sposób Lovena, który nacinał głęboko cewki aż do ciał jamistych i wprowadzał w nią rurkę złączoną z manometrem dla mierzenia zmian w parciu przy drażnieniu odpowiednich nerwów.

Dokładniejsze już wyniki daje mierzenie ciepłoty za pomocą czułych termometrów, jak większa część badaczy dotychczas postępuje, lub też jak Heidenhain za pomocą przyrządu termoelektrycznego, jakkolwiek i te sposoby nie dają możności ścisłego zbadania każdoczesnego stanu naczyń, termometr bowiem potrzebuje pewnego czasu do wykazania zmian ciepłoty a i odczytywanie sprawia zwłokę i niedozwala stwierdzać różnic w mniejszych odstępach czasu np. w pół lub jednéj sekundzie, jak to umożebniają sposoby graficzne nawet w drobnych cząstkach sekundy z najściślejszą dokładnością. Takiéjto metodzie graficznéj, zastosowanéj po raz pierwszy przez Anrepa i Cybulskiego zawdzięczać należy możność oznaczania okresu utajonego pobudzenia, narostu skurczu lub rozkurczu naczyń i powrotu ich do prawidła, jednêm słowem możność chwytania każdoczesnego stanu *in flagranti*.

W badaniach moich używałem prawie wyłącznie powyższéj metody, opis jéj przeto szczegółowy podaję poniżéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt**,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 52 z r. 1886).

G. Wodogłowie przewloczne

nie jest chorobą wieku dziecięcego tak bardzo częstą, jak to powszechnie praktycy sądzą, dla których sama tylko obecność dużéj czaszki wystarcza częstokroć dla rozpoznania „wody w głowie,“ nie pomnąc na to, iż przyczyną tak zwanych „dużych głów“ bywa znacznie częściéj sama tylko sprawa krzywicza, a w rzadszych przypadkach także i przerost mózgu. Z drugiéj strony zaś przekonywają dość często sekcyje, iż niezawsze napotyka się wodogłowie w parze z dużą głową, lecz że takowe znaleść można w obec prawidłowych a nawet i zmniejszonych rozmiarów czaszki. Tylko wodogłowie wrodzone lub nabyte przed zupełnêm zrośnięciem się szwów czaszkowych z małemi tylko wyjątkami może wywoływać powiększenie rozmiarów czaszki, nabyte zaś w wieku późniejszym skutku tego za sobą nie pociąga.

Jako cechę czaszki wodogłowie zawierającéj podawano kształt gruszkowaty lub na przecięciu trójkątny, z przodu wąski, ku tyłowi rozszerzający się, podczas gdy krzywicę cechuje czaszka długa, czworokątna, wystające guzy czołowe i ciemieniowe; przerost mózgowy ma się odznaczać sklepieniem czaszki wysokiém a postacią podobnież czworokątną. Oczywiście, iż cechy te tylko w przybliżeniu są prawdziwe i na nich niezupełnie polegać można, jedynie wodogłowie znaczniejszego stopnia we wieku młodszym i wzmagający się t. zw. *hydrocephalus activus*, ma prawie zawsze postać kulistą pozostającą w rażącym niestosunku do twarzy małéj trójkątnéj; w takich razach atoli tyle jest innych objawów, iż rozpoznanie wodogłowia przewłocznego jest latwém.

Na 2035 dzieci pozostających w szpitalu w latach od r. 1879 do 1882 zauważyliśmy wodogłowie przewłoczne tylko 16 razy, w 10ciu przypadkach u chłopców, w 6ciu u dziewcząt; z tych wyszło dwóch chłopców i jedna dziewczyna, reszta umarła. Pod względem wieku liczyło jedno dziecię 6 miesięcy, 4 dzieci 1 rok, 2 1½ lat, 2 2 lata, 1 2½ lat, 1 3¾ lat, 1 4½ lat 1 5 lat, 1 7 lat, 1 8 lat, 1 9 lat. Wymiary czaszek zebrane w dniu przyjęcia przedstawiają się następujące:

Wiek		Obwód czaszki	Wymiar prosty	Wymiar poprzeczny	Obwód klatki piers.	Długość ciała	Zboczenie krzywicze
6 miesięcy		41 ctm.	13¾	11½	34½	59	—
1 rok	*a*	46 „	15	14	44	75	rhach.
	b	47 „	15	14	39	62	„
	c	48½ „	16	14	39	78	„
	d	44½ „	15	12½	40½	69	„
1½ lat	*a*	44 „	15½	13	42	70	—
	b	45 „	16½	13	46	77	—
2 lat	*a*	46½ „	15¾	13¼	40	69	rhach.
	b	46 „	15⅓	12½	38½	65	„
2½ lat		47 „	16	13½	46½	86	—
3¾ „		50 „	16½	15½	49	90	rhach. ko. gr.
4½ „		wymiarów nie zebrano dla rozwiniętéj ospy					„
5 „		52½ cm.	18½	15½	54	95	„
7 „		50½ „	16½	15	48	92	—
8 „		51 „	16½	15	50	94	—
9 „		54 „	19	15⅓	55	100	rhach.

Postać czaszki była w 4ch przypadkach wyraźnie trójkątna, w 2ch czworograniasta, w 2 okazywała czaszka bardzo znaczne wypuklenie czoła, a w 1 z tychże było nadto silne zaklęśnięcie siodłowate sklepienia czaszkowego, w 1ym przypadku była nieforemnie kulista, bardzo wielka w stosunku do malutkiéj twarzy, w 2 wreszcie była asymetryja dość znaczna bez powiększenia wymiarów czaszki. U dziecka 2, 4½ i 5-letniego było jeszcze ciemię niezasklepione we wielkości czworaka. Ze 16 tych dzieci okazywało 10 wyraźne znamiona krzywicy, a z tych skonstatowano u 4ch wyraźną *craniotabes*.

Prócz zboczeń pod względem postaci i rozmiarów czaszek, a we większéj ilości przypadków prócz napięcia żył podskórnych czaszki zwłaszcza przy krzyku, prócz napięcia ciemienia, zauważono jeszcze następne objawy: W przypadku Iszym *nystagmus*, upośledzenie inteligencyi, *obstructio.* W przypadku IIgim nie było żadnych objawów. W IIIcim ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, niekoordynacyja ruchów, zataczanie przy chodzeniu, brak równowagi przy siedzeniu. W rok potém zmniejszenie inteligencyi, chód niemożliwy, oddawanie moczu i kału pod siebie. W przypadku IVtym nie chodzi

i nie mówi jeszcze. W Vtym zrywania, wykrzykiwania, wymioty. W VItym *idiotismus*, upośledzenie ruchów, niemowa. W VIIym inteligencyja znaczna, żadnych objawów. W VIIIym *Strabismus convergens*, źrenice szerokie, *paresis facialis*. W IXtym nie było objawów żadnych W Xtym wymioty. W XItym rozwój umysłowy znaczny, rozmowna, wesoła, potém ospałość i ciepłoty subnormalne do 34·1°. W przypadku XIItym nie było objawów. W XIIItym *opisthotonus*, kontraktury odnóg tak górnych jak dolnych. W XIVtym *exophthalmus*. W XVtym nie było objawów żadnych. W XVItym *exophthalmus*, przy ucisku na ciemię *strabismus convergens* i zwężenie źrenic.

Ponieważ przypadki te nic zresztą osobliwszego nie przedstawiały, podam je tylko w skróceniu ograniczając się do słów kilku, a względnie tylko kilka z nich odznaczających się czy to zachowaniem klinicznem, czy to rzadszemi zmianami sekcyją stwierdzonemi. Przypadki te były następujące:

1) Izrael Szpilc, lat 8, przyjęty 12 listopada 1878, wyszedł 20 stycznia 1879. Czaszka duża, inteligencyja upośledzona, ciągły *nystagnus oscillatorius* obu oczu. Cierpi na zaparcie stolca.

2) Magdalena Izlikówna, lat $3^3/_4$, źle odżywiona, z zboczeniem w odżywieniu krzywiczém i zołzowém, przyjęta 4go kwietnia 1879. Czaszka umiarowa, krzywica kości długich, wyprysk rozlany na skórze, gruczoły karkowe drobne, twarde. W obu pachach liczne furczenia, ton wypukowy krótszy. Brzuch wzdęty, żołądek rozszerzony, rozwolnienie bardzo częste, wodniste obok kępek czystego przejrzystego śluzu. W moczu mierna ilość białka, w osadzie śluz i przyblonek brukowy. Nie gorączkuje. Rozwolnienie i kaszel wciąż się utrzymują, wychudnienie znaczne. 9 czerwca w obydwu szczytach płuc oddech oskrzelowy. 23 czerwca umarła o godz. 6éj rano. Sekcyja wykonana 24 czerwca wykazała: *Hydrocephalus internus chronicus minoris gradus. Degeneratio glandularum mesaraicarum et bronchialium caseosa sbsqu. peribronchitide bilaterali nodosa partim caseosa tuberculosa, ulceribus ilei et ventriculi, tuberculosi acuta miliari pleurae utriusque ac peritonaei.* Z protokółu sekcyjnego wyjmujemy: Czaszka duża, kości cienkie, szwy przeświecają, wewnętrzna powierzchnia czaszki z oponą twardą zrosła. Opona twarda gładka, opony miękkie cienkie, blade; w przestworach podpajęczych mierna ilość surowicy jasnożółtéj, niemętnéj. Zwoje mózgu niewyraźne, rowki wygładzone, na rozkroju istota korowa blada niedość odbija od istoty rdzeniowéj białéj, w tejże liczne drobne punkciki ciemno-czerwone. Spójność znacznie zmniejszona. Komórki mózgowe znacznie rozszerzone zawierają kilka łyżek płynu surowiczego jasnego. Powierzchowne warstwy wzgórka wzrokowego rozmiękające, białawe. Gruczoły oskrzelowe, szczególniéj po stronie lewéj, stanowią duże, bo wielkości kilku orzechów włoskich, guzy, na rozkroju jednostajnie żółto zabarwione, niektóre okazują rozpad środkowy, inne w całości na suchą masę serowatą zamienione. Na błonie śluzowéj żołądka trzy wrzody na 2 cm. długie a $^3/_4$ szerokie. Dwa w pobliżu wpustu, jeden obok odźwiernika; brzegi mocno zgrubiałe, ostre, czerwonawe, dno prawie czyste, lub skąpą ilością wypociny ropnéj pokryte sięga prawie aż do tkanki podotrzewnowéj w 1ym, w innych do warstw głębszych mięsnych. Otrzewna okazuje gruzełki w odpowiednich miejscach obok miernego drzewkowatego nastrzykania.

3) Jakób Karasiński, lat 5, przyjęty 10go lipca 1879. Od sześciu tygodni co rano wymiotuje i cierpi na zaparcie stolca, od kilku tygodni zauważono, iż chód jego nie jest pewnym i że kołysze się przy siedzeniu. Przed rokiem miał przebyć jakąś ciężką chorobę, w przebiegu któréj był nieprzytomny. Dobrze odżywiony. Czaszka duża z przodu wąska, ku tyłowi rozszerzająca się, ciemię wielkie jeszcze niezarosłe, wypuklone. Żyły porozszerzane przeświecają pod skórą na skroniach i na czole. Czoło wypukłe, oczy dość głęboko osadzone, źrenice jednostajnie szerokie. Obwód czaszki wynosi $51^1/_2$ cm. W narządach zmysłowych zmian wykazać nie można, czynności odpowiednie; płuca, serce, wątroba, śledziona i trakt pokarmowy prawidłowe. Czucie na odnogach górnych jakotéż ruchy prawidłowe, grubsze ruchy odnóg dolnych niezmienione, chód jednak nieprawidłowy, chory zatacza się na boki i wyrzuca nogami, ruchy te są przyspieszone, a po krótkim czasie chory doznaje zmęczenia. Przy siedzeniu chwieje się to w jedną, to w drugą stronę. Stan bezgorączkowy, żali się na ból głowy w okolicy czołowéj, inteligencyja średnia. 20go lipca 1879 opuszcza szpital, a wraca 23 lutego 1880 z obwodem czaszki wynoszącym 53 cm., ciemieniem niezarośniętém, bólami głowy; chód już całkiem niemożliwy, podtrzymywany powłóczy tylko nogami, nie jest w stanie sam usiąść i zatrzymać równowagę. Pozostał na tym samym stopniu rozwoju umysłowego, jest smutny, małomówny. W sferze ruchowéj i czuciowéj innych zmian nie ma, tylko mocz i kał oddaje pod siebie. Bolesności kręgosłupa lub jakichkolwiek zmian nie ma. 4go marca wychodzi na żądanie nieuleczony.

4) Rozalija Kołtunówna, 2-letnia, źle odżywiona z zboczeniem krzywiczém, przyjęta 21 września 1879. Głowa wielka, czoło mocno wypukłe; nie chodzi i nie mówi. Wyszła 28 września 1879.

5) Feliks Laszkiewicz, chłopiec 1-roczny, źle odżywiony, przyjęty 21 października 1879. Kościec krzywiczy, czaszka duża o postaci trójkątnéj, żyły krwią wypełnione, porozszerzane. Usposobienie krzykliwe, sen przerywany wzdryganiem się i krzykiem, ropotok z ucha prawego, wymioty. Umarł 4go listopada 1879 o godzinie $4^1/_2$ rano. Sekcyja wykonana 5 listopada wykazała: *Atelectasis disseminata pulmonum, pneumonia lobularis, catarrhus chronicus intestini, tumor lienis chronicus. Oedema cerebri et hydrocephalus internus chronicus.*

6. Maryja Retingerówna $4^1/_2$ lat, przyjęta 7 listopada 1879. Głowa niekształtna bardzo wielkich rozmiarów, *idiotismus*, skurcz stały odnóg. Rozstąpienie szwów czaszkowych znaczne. Umarła 25 listopada w skutek ospy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania

Medycyna wewnętrzna.

Prior: **Znaczenie kliniczne siarkanu sparteiny.**

Niedawno podaliśmy (numer pierwszy z r. b.) jako tymczasowe doniesienie wyniki badań docenta Dra W. A. Głuzińskiego nad działaniem siarkanu sparteiny, z których obszerną pracę przedłożył Akademii Umiejętności. Nieco później podzieliliśmy się z czytelnikami *Przeglądu Lek.* wynikiem badań H. Leona, czynionych w poliklinice berlińskiéj, dziś zaś podajemy sprawozdanie z badań klinicznych Priora. P. badał działanie tego środka na zupełnie zdrowych ludziach i na chorych dotkniętych zmianami w narządzie krążenia;

dwa razy badał działanie jego u diabetyków, raz u chorego dotkniętego przewlekłém zapaleniem nerek, u wszystkich trzech bez dodatnich rezultatów, raz u chorego z naciekiem szczytowym i jamami w płucach, ale mającego znaczne obrzęki na odnogach dolnych, szczególnie na podudziu. U tego chorego wydzielanie moczu pod wpływem siarkanu sparteiny znacznie się podniosło i dopóty było zwiększone, dopóki lek podawano. Ażeby się przekonać, jak prędko występuje działanie środka, badano ilość co godzina oddanego moczu po podaniu środka, nietylko w tym ostatnim przypadku, ale i w kilku innych i tu przekonał się P., że działanie sparteiny już po 2—3 godzinach było widoczne, że po kilku godzinach zwalniało, a niekiedy dopiero po trzech dniach znikało. W wielu przypadkach badał wpływ jéj na parcie i falę tętna za pomocą sfigmografu Sommerbrodta i sfigmomanometru Bascha; z dziesięciu można było tylko trzy razy stwierdzić podwyższenie parcia krwi. Czy wydzielanie moczu zwiększa się przez to, że lek ten działa na przybłonek w nerkach wątpi P. i nie zgadza się ze zdaniem Leona, lecz mniema, że wydzielanie moczu zwiększa się jedynie przez działanie leku na mięsień sercowy. Skutku widocznego nie było, jeżeli mięsień sercowy już nie był prawidłowy. Ilość tętna spada, a odpowiednio temu parcie ościenne się podnosi. Jeżeli lek na czynność serca nie miał wpływu, to zmniejszał duszność i uczucie ściskania. W przypadkach dusznicy spartein wcale nie przynosił korzyści. Ubocznego nieprzyjemnego działania nie widział prawie nigdy, wyjąwszy w jednym przypadku, w którym chory po wyżyciu 2 grm. leku dostał nudności, zawrotów głowy, uczucia zmęczenia w odnogach. Podawanie przerwano i chory do poprzedniego wrócił stanu. Co do ilości leku, którą się ma i można podać, zgadza się z Germain-Séem i Leonem, że najodpowiedniéj jest podawać kilka razy dziennie po 0,1 a w dwóch lub trzech dniach nie więcéj nad 2,0. Jeżeli się tę ilość przekracza, działanie sparteinu zamienia się na wręcz przeciwne, uregulowana czynność serca ustępuje. Zbiorowego działania obawiać się nie należy.

Na podstawie tych wyników radzi stosować spartein wszędzie, gdzie chcemy czynność serca szybko podnieść i uregulować, gdzie naparstnica już wypowiedziała usługi albo gdzie jéj dla jakichś innych względów podawać nie można. U zdrowych żadnego widocznego działania stwierdzić nie mógł. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 36). *H. K.*

Marchand: **Przypadek śródmacicznego zakażenia wąglikiem.**

Przypadek ten, który się zakończył śmiercią nietylko matki ale i dziecka, spostrzegał M. u choréj, rodzącéj po raz wtóry, która podczas porodu nagle okazała objawy jakiéjś choroby zakaźnéj, słabła coraz bardziéj a nekroskopija jéj wykazała większe naczynia limfatyczne, jakotéż i przewód piersiowy limfatyczny wypełnione treścią krwaworopiastą, obrzęk śledziony i gruczołów krezkowych, krwawo naciekłe gruczoły limfatyczne w miednicy, jakotéż opuchlinę brzuszną, ale o treści więcéj do mleczą zbliżonéj. Badanie mikroskopowe jakotéż i szczepienie próbne wykazały jako przyczynę śmierci jad wąglikowy. Prątki wąglikowe wykazano prawie we wszystkich narządach, ale w macicy ich nie napotkano.

W cztery dni po śmierci matki umarło i dziecko, które od pierwszéj chwili przyjścia na świat nie zetknęło się wcale więcéj z matką. Sekcyja jego wykazała naciek krwawy w płucach, wynaczynienia w mózgu, na osierdziu, w jądrach a we wszystkich prawie narządach miąższowych prątki wąglika.

M. sądzi, że najprawdopodobniéj zakażenie matki nastąpiło przed przyjęciem jéj do zakładu (na jakie może 8 dni przed śmiercią) a to drogą przewodu pokarmowego, że prątki dopiero przed rozpoczęciem się bólów porodowych dostały się do krwi, zakażenie zaś dziecka mogło nastąpić tylko podczas porodu, tém bardziéj, że oddzielenie się łożyska przedłużało się a przez to jad mógł się dostać do przerwanych naczyń żylnych dziecka a ztąd do jego krwi obiegu. (Virchowa Archiw tom 109). *H. K.*

Chirurgija.

Nicholas Senn (Milwaukee): **Chirurgija trzustki.**
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Ponieważ wiadomo, że sok trzustkowy wywiera działanie drażniące na skórę, w 11 przypadkach usiłowano sprawdzić działanie tegoż na otrzewnę przez utworzenie wewnętrznéj przetoki trzustkowéj. Ponieważ wydzielina zewnętrznéj przetoki trzustkowéj przenosiła 4 uncyje, taką samą ilość musiała wydzielać do jamy otrzewny i wewnętrzna przetoka trzustkowa i w 9 przypadkach korzystnych cała ta ilość wydzieliny przetoki wchłoniętą została przez otrzewnę; 2 z tych przypadków zakończyło się śmiercią. Te doświadczenia jakotéż doświadczenia z podwiązaniem przewodu potwierdzają zdanie niektórych autorów, że wprowadzenie prawidłowego soku trzustkowego do ogólnego krążenia nie jest szkodliwém. Trzustka jest narzędziem najwięcéj uchronioném przed urazem ze wszystkich trzew brzusznych w skutek głębokiego położenia. Stosunki anatomiczne jéj są jednak tego rodzaju, że w przypadku zranienia jéj i inny ważny albo może nawet ważniejszy narząd ulega równocześnie zranieniu. Skutkiem tego urazy trzustki uważać należy za ciężkie uszkodzenia. Autor zebrał 13 przypadków zranień trzustki; z tych 8 zakończyło się śmiercią. We wszystkich tych przypadkach objawy chorobowe nie wskazywały zranienia trzustki. Gdyby laparotomija wykazała rozległe zmiażdżenie narządu tego, należałoby usunąć część zmiażdżoną po poprzedniém podwiązaniu po obu stronach. Trzustkę podwiązać należy jedwabiem lub katgutem a kruchość narządu pozwala dokładnie pogłębić podwiązkę, przez co też takowa ześliznąć się nie może. W przypadku rany trzustki należy podwiązać każdy koniec narządu w celu zapobieżenia krwotokowi i dostaniu się soku trzustkowego do jamy otrzewnowéj. Jakkolwiek doświadczenia autora na psach wykonane wykazały nieszkodliwość dostania się soku trzustkowego do jamy otrzewnowéj, to jednak w laparotomii okoliczność ta mogłaby być powodem ogólnego zakażenia.

Wypadnięcie trzustki. W przypadkach wypadnięcia trzustki postępowanie zależeć powinno od stanu patologicznego narządu. Jeżeli wypadnięcie jest świeżém a narząd nie przedstawia żadnych zmian zapalnych, należy go odrazić i odprowadzić. Podczas odprowadzenia należy być ostrożnym, gdyż trzustka jest kruchym narządem; w razie jakiéjkolwiek trudności przy odprowadzeniu należy cięcie w powłokach brzusznych przedłużyć. Jeżeli trzustka znajduje się w stanie zapalnym lub uległa zgorzeli, należy ją wyciągnąć przez ranę, podwiązać w utkaniu zdrowém i odjąć nożem lub nożyczkami; po odrażeniu powtórném kikut należy pogłębić i ranę zewnętrzną zeszyć. W przypadkach ran postrzałowych trzustki, które stanowią powikłanie ran postrzałowych jelit, należy sobie postąpić jak w przypadkach urazowych w ogóle.

Zapalenie trzustki. Napomknąwszy krótko o ostrém zapaleniu trzustki przechodzi autor do opisu chronicznego miąższowego zapalenia czyli sklerozy trzustki; ostatnie może sprowadzić zwężenie przewodu żółciowego albo trzustkowego; przy zatrzymaniu żółci należy utorować nową

drogę do dwunastnicy; w przypadkach torbiela przewodu trzustkowego należy utworzyć przetokę trzustkową zewnętrzną tylko w razie znacznego powiększenia torbiela a względnie wynikłego ztąd znacznego bólu. Jednêm z następstw ostrego zapalenia trzustki jest zgorzel téjże. Ponieważ w przypadkach zgorzeli trzustki spostrzegano samoistne wydalenie zgorzelą dotkniętego narządu przez przewód pokarmowy i wyleczenie w ten sposób, daleko większą korzyść możnaby odnieść w takich przypadkach z wcześnie wykonanéj laparotomii.

Trzustka może odgrywać rolę przy uwięzgnieniach wewnętrznych jelit a mianowicie przy wgłobieniach; dla tego podczas laparotomii dla uwięzgnień wewnętrznych szukając za przyczyną uwięzgnięcia nigdy nie należy pominąć trzustki. Jeżeli torbiel trzustki da się przyszyć do cięcia w powłokach brzusznych należy go przyszyć, worek otworzyć, odrazić i drenować. Jeżeli trzustka uległa zgorzeli, należy ją usunąć. Ponieważ w podobnych przypadkach tkanina zaotrzewnowa zazwyczaj bywa naciekłą, należy utworzyć przeciwotwór w okolicy lędźwiowéj i drenować tą drogą. Jeżeli przetoka trzustkowa zewnętrzna nie da się uskutecznić, należy leczyć przypadek taki jak ropień trzustkowy.

Ropień trzustki. Ropnie trzustki należy leczyć jak ropnie w innych częściach ciała; trudności rozpoznawcze wynikłe z głębokiego umiejscowienia tego gruczołu pokonać można przez ulepszone metody badania i operacyi. Ropień taki powstać może pierwotnie albo w samym gruczole albo naokoło (*abscessus para-peri-pancreaticus*). Dla ropnia śródgruczołowego (*abscessus endopancreaticus*) otoczka gruczołu stanowi tamę dla rozwoju. Jeżeli ropień taki powstaje na zewnątrz gruczołu, przybiera postać rozlaną i przenosi się na utkanie gruczołu, mówimy wtedy także o *pancreatitis suppurativa* albo *peri-* lub *para-pancreatitis suppurativa.*

Ropnie samoistne trzustki pojawiają się rzadko, rozpoznanie ich jest trudnêm; objawy chorobowe odnieść można do żołądka lub wątroby; najważniejszemi objawami są nudności, wymioty, (przytém płyn zwymiotowany bywa zielonawo zabarwiony lub przeźroczysty), pragnienie, brak apetytu, zaparcie stolca, postępujące wychudnienie i wydęcie okolicy nadpępkowéj. Wielkie ropnie wykryć można za pomocą obmacywania i głębokiéj perkusyi jako obrzęki okolicy nadpępkowéj. W podobnych przypadkach można rozpoznać przez wykluczenie i to tylko z prawdopodobieństwem. Wreszcie w razie pojawienia się podobnego obrzęku w okolicy nadpępkowéj możnaby przyjść do ściślejszego rozpoznania przez wykonanie próbnéj laparotomii. Rokowanie przy ropniu takim jest wątpliwém; choroba kończy się zazwyczaj śmiercią w skutek wychudnienia, stanu septycznego a wreszcie w skutek zajęcia sprawą chorobową części sąsiednich. Leczenie polega na nacięciu, wypróżnieniu, przeciwgnilnêm przestrzykiwaniu i na drenowaniu. (Dok. nast.)

IV. Zjazd VI dla higijeny i demografii w Wiedniu.

Zjazd tegoroczny jest o wiele liczniejszy aniżeli poprzednie; zgłosiło się bowiem przeszło 2200 członków, pomiędzy którymi nietylko wszystkie narodowości ale i płeć nadobna jest reprezentowaną. Już pierwsze zebranie w salach Towarzystwa ogrodniczego, które się odbyło w niedzielę wieczór, a miało na celu zapoznanie się przybyłych, pouczyło, że śród tak wielkiéj liczby uczestników poznanie tych, na których znajomości zależy, jest albo wprost niemożebnêm, albo zależnêm od przypadku; jakkolwiek bowiem niestrudzony komitet Zjazdu znajdował się na miejscu, gotowy do wyjaśnień, mimo to uważaliśmy, że tworzyły się grupy kolegów, dawno znających się, przez co do pozyskania nowych znajomości nie było sposobności. To też *a posteriori* dowiedziano się z dzienników, że się miało przyjemność przepędzenia wieczoru pod jednym dachem z tą lub ową znakomitością, a tém większym był żal, że znakomitości téj nietylko nie poznano, ale nawet nie widziano. Zresztą przyjęcie nic nie pozostawiało do życzenia, bawiono się ochoczo prawie do północy.

W poniedziałek o godzinie 10éj zebrano się w obszernéj i wspaniałéj sali Tow. muzycznego, gdzie przeszło 2000 uczestników znalazło pomieszczenie wygodne, jednak i tu rzut oka na ogromną salę i niezwykłą liczbę zgromadzonych wystarczył, aby przed rozpoczęciem posiedzenia uroczystego nabrać przekonania, że pomimo akustyki sali co najwięcéj zmysł wzrokowy znajdzie zaspokojenie, podczas gdy słuchowy odpoczywać będzie. Powoli zapełniała się sala, a na estradzie zajęli miejsce ministrowie Ziemiałkowski, Prażak, Falkenhayn, kardynał Gangelbauer, namiestnik Possinger-Choborski, poseł niemiecki książe Reuss, wielu jenerałów, jeneralni lekarze sztabowi, burmistrz wiedeński Uhl i burmistrz Serajewa Mustafa Fazli basza, który w stroju tureckim i turbanie najwięcéj zwrócił na siebie uwagi. Panie zajęły galeryję, parter zaś i loże zapełnione były członkami Zjazdu, śród których, po największéj części w stroju balowym przybyłych, wyróżniali się członkowie wojskowo-lekarscy, których była znaczna liczba, przeważnie lekarze wojskowi austryjaccy i węgierscy, ostatni w pięknych mundurach honwedzkich, ale i kilku zagranicznych, a pomiędzy nimi znów największą uwagę zwrócił na siebie aptekarz nadworny Sultana, rodak nasz Słoniński, oraz lekarz przyboczny Szacha perskiego, Dr. Tholozan. Z uderzeniem godziny 11éj wszedł do sali Arcyksiąże Następca tronu w mundurze jeneralskim w towarzystwie Ministra Oświecenia, przyjęty okrzykiem „niech żyje“. Gdy zajął miejsce na estradzie prezes komitetu zjazdowego prof. Ludwig przywitał go krótką przemową, poczém Arcyksiąże donośnym głosem zagaił Zjazd następującém przemówieniem:

„Dziękując za serdeczne wyrazy, wypowiedziane do mnie przed chwilą przez prezydenta komitetu organizacyjnego, upraszam o przyjęcie zapewnienia, iż mi sprawia to prawdziwą przyjemność i poczytuję to sobie za zaszczyt, że stoję na czele kongresu.

Najdroższym kapitałem państw i społeczeństw jest człowiek; każde poszczególne życie reprezentuje pewną ściśle oznaczoną wartość.

Utrzymać wartość tę i zachować nienaruszoną aż do możliwéj granicy, nakazuje humanitarność. Do tego celu dążą i towarzystwa, gdyż jednostka, chociażby miała nie wiedzieć jak wielkie środki do ochrony własnego zdrowia, jest bezsilną w obec szkodliwych wpływów, które nas otaczają; tutaj musi przyjść w pomoc wspólna działalność. Wielkie to zadanie spełnia higijena oparta na umiejętnych podstawach i popierana przez demografiję, higijena, która, oparta na podstawach umiejętnych, prawodawstwu i urządzeniom państwowym wskazuje drogę do uzyskania praktycznych rezultatów na całym wielkim obszarze zdrowia publicznego.

Przeglądnijmy referaty poszczególnych sprawozdawców tego kongresu, a zdumienie nas ogarnie, że umiejętność, któréj Panowie służycie z pełną gorliwością, we wszystkie prawie dziedziny życia ludzkiego wchodzi i obejmuje dom i szkołę, produkcyję i wojnę, miasta i wieś, środki komunikacyjne i przemysł. Udział w kongresie tylu znakomitych przedsta-

wicieli wszystkich narodów i krajów jest dowodem, że higijena ma prawdziwie międzynarodowe znaczenie.

Sprawia mi to prawdziwą przyjemność powitać Was w têm mieście, które jest punktem środkowym żywéj i umiejętnéj pracy i poważnych badań.

W imieniu Jego Cesarskiéj i Królewskiéj Apostolskiéj Mości, Pana mojego najmiłościwszego, otwieram VI Zjazd międzynarodowy dla higijeny i demografii“

Przemowę Arcyksięcia przyjęto hucznemi oklaskami; następnie sekretarz jeneralny komitetu prof. Gruber starszy zdał sprawę z czynności komitetu, po nim mówił Köhler z Berlina a wreszcie odbyły się wykłady Brouardela i Pettenkofera; pierwszy mówił po francusku, ostatni z wielką werwą, przeplatając mowę swoją uwagami humorystycznemi, w każdym razie wesołemi, skoro bliżéj siedzących kilkakrotnie do śmiechu pobudzał. Posiedzenie to trwało od 11éj do 2éj; Arcyksiążę pozostał do samego końca a po ukończeniu wykładów rozmawiał z przedstawionymi sobie gośćmi zagranicznymi, do których należeli: Brouardel, Monod, Virchow, Pettenkofer, Köhler, Kuborn, Mosso, Meyer, Silva, Sonderegger i Dobrosławin.

O godzinie 4éj popołudniu członkowie Zjazdu udali się do ratusza, gdzie po obejrzeniu gmachu i poszczególnych sal oraz zbioru broni starożytnéj ugoszczeni zostali w sali wielkiéj kosztem miasta i przywitani przez burmistrza Uhla. W sali wielkiéj a następnie przed ratuszem przygrywała muzyka wojskowa a wieczorem ratusz ogniem bengalskim oświetlony czarujący przedstawiał widok. O godzinie 8éj w salach Tow. ogrodniczego odbył się wieczór *(Kneipabend)* pod przewodnictwem Nothnagla. We wtorek rozpoczęły się posiedzenia sekcyjne a wieczorem w operze przedstawiono dla uczestników Zjazdu balet „Excelsior“. W ogóle pod względem przyjęcia i gościnności Wiedeń okazał się w blasku starym, hotele przepełnione nie wyzyskiwały kieszeni gości, a przyjemności, które uczestników jeszcze czekają, jak przyjęcie u dworu, rozmaite wycieczki itd., pozostaną na długo w miłéj pamięci każdego. Czy jednak Zjazd przyniesie jakie korzyści naukowe, okażą posiedzenia sekcyjne.

Ze Zjazdem połączona jest wystawa higijeniczna, mieszcząca się w arkadach gmachu uniwersyteckiego. Jest ona dosyć obfitą; po największéj części składa się z planów, wykazów, dostarczonych przez władze morskie w Tryjeście, Ministerstwa wojny i rolnictwa, przez Uniwersytet, gminę wiedeńską i miejsc pobliskich, przez stowarzyszenie Cottage, komisyję centralną statystyczną, daléj przez rządy obce i niektóre miasta większe, jak Hamburg, Lipsk, Madryt, Berlin itd. Najcenniejszym jest zbiór dermatofagów i lasecznikôw wystawiony przez profesora zakładu weterynarskiego w Wiedniu, Csokora. W poniedziałek popołudniu zwiedził wystawę p. Minister Oświecenia.

Lekarze polscy bardzo licznie są reprezentowani na Zjeździe. O ile dojrzeć mogliśmy, przybyli: Adamkiewicz, Biesiadeccy, protomedyk i lekarz powiatowy, Barzycki, Buszek, bracia Czyżewiczowie, Dembowski, Dukiet, Domański, Feigel, Filewicz, Grabowski, Hennann, Jabłoński, Kulczycki, Kramsztyk, Lubelski, Marynowski, Obtułowicz, Pareński, Pieniążek, Ponikło, Ściborowski, Sieradzki, Serkowski, Skalski, Sysak, Tyralski, Tugendhat, Trzebicky ojciec, Wain, Werner, Wasylewski, Wysocki, Zminkowski; nadto rektor Uniw. lwowskiego prof. Piłat, mający referat w sekcyi, radzca szkolny Czarkowski, aptekarz lwowski Piepes, kilku inżynijerów itd. Z kolegów bukowińskich widzieliśmy: Załozieckiego, Wolana, Kasprzyckiego, Kluczenkę, Brunsteina i Tittingera. *L. B*

Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Zawód doznany w domowém przedwstępném leczeniu się, niepodobieństwo usunięcia objawów chorobowych podług życzenia lub troska o ich niezwykły rozwój i trwanie, przy obawie, jaką odznacza się każdy Pers zmuszony do pozostawania na materacu i okrywania się większą ilością kołder, zwraca chorych do obu kategoryj leczących. Nieznane jednak są mi przykłady, ażeby chory, bez względu na warstwę, do któréj należy, szukał bezpośrednio porady u uprawnionego do praktyki lekarza. Przeciwnie musi on najprzód wypróbować wszystkich sposobów, jakie mu poda samouk; bo pozostając wiernym tradycyi, ufa jedynie we wskazania przez niego podane, podczas gdy niedowierza, podejrzywa i okazuje się bardzo wstrętnym na to wszystko, co mu zaproponuje lekarz bardziéj wykształcony. I dopiero wtedy, gdy środki podane przez domorosłego doradzcę nie sprowadzą pożądanego skutku, a cierpienie wznieci pewną obawę pośród otaczających, wtedy dopiero rozsądek zapanuje nad przesądem i tradycyją, usposabiając cierpiącego do leczenia się choćby środkami pochodzącemi z zagranicy. Toteż i kwestyja leczenia w Persyi opiera się na wpływie, jaki każdy z doradzców jest zmuszony wywrzeć na swego klijenta. Wierni bowiem zasadzie powszechnie tu panującéj, że tylko siarkan magnezyi, rtęć, chinin i korzeń kolcowoju (po persku *Uszpe*) posiadają niezaprzeczone własności i są uważane za *jahczy* (znośne), chorzy wszystkie inne, chociażby się szczyciły uznaniem, okrywają pogardą, jako będące obcego pochodzenia; lekarz też perski jest najprzód zmuszonym wypróbować na swym chorym środki miejscowe, a gdy po nich nie otrzyma pożądanego skutku, starać się cytowaniem pomyślnie zakończonych przypadków chorobowych, zdecydować swego klijenta do wzięcia leku niefigurującego w liczbie środków popularnych. Okoliczność ta ma mianowicie miejsce w leczeniu tutejszych uporczywych zimnic, przeciwko którym zastosowane środki miejscowe, nieokazawszy pożądanego wpływu, otwierają dla mniéj lub więcéj sumiennego lekarza obszerne pole do przekonania chorych o skutecznêm działaniu siarkanu chininu. Lecz i w takich nawet danych lekarz spotyka się nieraz z przykrêm rozczarowaniem. Jeżeli obcy lek został podany na czasie i w odpowiedniéj dawce, chory dozna ulgi lub zostanie wyleczony i wtedy nie zwleka z wypowiedzeniem zdania, że swój powrót do zdrowia zawdzięcza wzięciu takiegoto środka. W razie przeciwnym, gdy cierpienie przeszło w stan długotrwały, napady zimnicze grożą charłactwem, lub gdy przypadek chorobowy zakończył się niepomyślnie, wtedy próżnemi są wszelkie wywody leczącego, bo całą winę najprzód przypisują lekarzowi, a głównie przyjęciu obcego środka, którego pominięcie niezaprzeczenie lepszeby dało rezultaty. Zdanie, że środki pochodzące z zagranicy zawsze są zanieczyszczone nie jakiemiś dodatkami chemicznemi, lecz tylko ręką wyrabiających, tak się tu wpoiło w przekonanie ogółu, że ani wpływy powag miejscowych, ani wystawy materyjałów aptecznych wyrobionych przez samych Persów, nie są w stanie zmniejszyć wstrętu, jaki prawowierny szeita żywi ku obcemu produktowi. I tento właśnie fanatyczny wstręt odpowiada na zadane zapytanie: dla czego pomimo tak znacznéj ilości leczących stosunek śmiertelności wcale się nie zmniejsza; dla czego stany chorobowe tak wewnętrzne jak i chirurgiczne jeżeli tylko wikłają się w swym przebiegu

lub należą do rzędu chorób zakaźnych, zawsze, a przynajmniéj w największéj liczbie przypadków, kończą się nieszczęśliwie. Pomimo bowiem, że tak mieszkańcy miast tutejszych jak i wieśniacy przy najmniejszém niedomaganiu zaraz zwracają się do doradzcy, to jednak mając zaufanie tylko do środków krajowych, długiém cierpieniem lub nieszczęśliwém zakończeniem się cierpienia opłacać zwykli swój ślepy upór, nie chcąc nawet przypuścić, ażeby leki, jakiemi ich opajają lub karmią, były tylko w stanie przynieść ulgę, nigdy zaś wyleczyć. Ta z góry zaznaczona warunkowa terapija, bogata w przykłady niepowodzeń i zawodów, będąc przyczyną rozdarcia się tutejszego leczenia na dwa działy, tłumaczy również ową nadzwyczajną tu częstość długotrwałych przypadków chorobowych, spotykanych w Persyi częściéj aniżeli w innych krajach Wschodu. Inaczéj téż być nie może. Gdy bowiem ożywieni ideą postępu wychowańcy szkoły teherańskiéj, dotąd zbyt słabi liczbą i doświadczeniem, aby zapanować nad ogółem domorosłych doradzców, zdecydowali się leczyć wyłącznie prawie stany chorobowe długotrwałe, leczenie cierpień w ostrym okresie rozwoju pozostało w rękach nieuprawnionych. I dopóki stan taki trwać będzie, dopóty *Czop-czyni* i *haszyszat* pozostaną na czele perskiéj terapii.

Jednakże do powyżéj wymienionych środków nie ograniczają się jedynie tutejsze zasoby lecznicze. Przeciwnie, umie się tu wydobyć z trzech królestw natury to, co skuteczniejsze, a liczba tych środków jest tak znaczną, zastosowanie ich tak zabawne, że zacytowanie przynajmniéj niektórych z nich, sądzę, że będzie stósownem do uzupełnienia mych szkiców. Środki więc, jakich używają tutejsi leczący przeważnie brane z królestwa roślin, podług własności, jakie posiadają te ostatnie, rozpadają się na: wzmacniające, ściągające, gorzkie, podniecające, klejkie, rozwalniające, lotno-olejne, żywiczne, czyszczące, pobudzające, odurzające, czerwieniejące, kwaskowate, skrobiowe, cukrowe, z wyszczególnieniem napotnych, moczopędnych, przeciwczerwiowych, namacicznych i posiadających własności leczenia owrzodzeń lub zadanych ran. Liczba roślin znanych doradzcom perskim ze swych własności leczniczych dochodzi do 168. Znajomość zaś ta, będąc opartą jedynie tylko na tradycyjném przekonaniu lub wiadomości wyczytanéj przez jakiegoś uczonego „mołłeh“ w starych rękopismach, staje się przyczyną, że sami doradzcy, a głównie handlujący materyjałami aptecznemi, nieraz zapominają o własnościach téj lub owéj rośliny. Zdarza się to najczęściéj, gdy sklepik aptekarski oblegnie pewna ilość klijentek płci pięknéj. Wtedyto pospiech i chęć zadowolenia każdéj z nich sprowadza taki chaos w sferze umysłowéj sprzedającego, że szczypty leku pojedyncze czy mieszane, suche lub klejkie, zawijane w kawałki żółtéj bibuły lub wkładane w przyniesione naczynia, dostają się często do rąk osoby potrzebującéj np. środka wzmacniającego a otrzymującéj środek rozwalniający, ściągający lub coś podobnego. Zwyczaj bowiem przepisywania leków dotąd nie istnieje w Persyi, a to nawet i pośród wychowańców szkoły teherańskiéj, z których tylko mała liczba zadaje sobie pracę napisania nazwy leku na wąskim strzępku papieru. Zwykle bowiem po rozmówieniu się z chorym powiada się mu, że ma użyć tego lub owego odwaru, proszku, powidełka lub czegoś podobnego, a już do cierpiącego i jego otoczenia należy staranie o niezapomnieniu nazwy mającego się nabyć leku. Ten rodzaj postępowania praktykuje się w całym kraju, niepomijając stolicy i główniejszych miast prowincyj, jak Tabryz np., gdzie europejscy przedsiębiorcy założyli dość dobrze zaopatrzone apteki, dostępne jednak tylko dla klasy zamożniejszéj lub charłaków, którzy wypróbowawszy już wszystko miejscowe, decydują się nareszcie użyć i przekonać się o działaniu leku zagranicznego. A gdy najczęściéj i ten zawiedzie, wtedy prawowierni Persowie obojéj płci, nieznajdując innéj drogi do wyjścia, powracają do przesądów, spiesząc odwiedzić groby imamów, gdzie cudem spodziewają się odzyskać zdrowie lub zakończyć życie, ale przynajmniéj w pobliżu czczonego miejsca. Że zaś tylko meczet zwany „Byby-Zobaideh“ (położony w pobliżu Teheranu, w miejscowości, gdzie się wznosiło starożytne miasto Rey, kolebka Zoroastra), podług przekonania Persów, posiada własność leczenia licznych dolegliwości, a głównie niepłodności, więc też bywa tylko dostępny dla dostatniejszych, mianowicie dla kobiet pozbawionych właściwéj przyjemności w domu, usiłujących więc znaleźć ją w długotrwającéj podróży, po odbyciu któréj i po podrażnieniu żołądka piaskiem zjadanym w znacznych ilościach, porzucają święte miejsce w gorszym jeszcze stanie, aniżeli ten, w jakim przybyły. Umieją z tego korzystać pokątni doradzcy, otaczając powracających większą pieczołowitością, ale téż i sycąc ich nagminnemi lekami, których ponowne użycie zwykło tu rozpoczynać drugi okres leczenia. (C. d. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Landauer: **Szerzenie i powstawanie płonicy.**

Higijeniczne koła w Anglii zajmują się obecnie sprawą, czy płonica u ludzi może powstawać w skutek użycia mleka od krów pewną właściwą chorobą dotkniętych. Że mleko staje się nośnikiem płonicy i błonicy, jeżeli dostaną się do niego zarazki tych chorób, i że w skutek tego epidemije powstawać mogą, było rzeczą już dawniéj znaną, ale w r. 1882 w dzielnicach londyńskich St. Giles i St. Pankras wybuchła epidemija, w któréj stwierdzono dwa fakty: że jedna z krów od czasu niedawnego ocielenia cierpiała na chorobę objawiającą się wypadaniem włosów miejscami i że nie było związku między mlekiem, które wywołało epidemiję, a jakimś przypadkiem płonicy. Podobny przykład miał miejsce w jednéj z północnych dzielnic Londynu w zimie r. 1885/6, w któréj zdarzyły się przypadki płonicy pośród konsumentów mleka z folwarku Heudon, a równocześnie także i w innéj dzielnicy, którą tenże folwark w mleko zaopatrywał. Jak najdokładniejsze badanie nie wykazało związku z jakimś przypadkiem płonicy, ale za to, że mleko pochodziło od pewnéj liczby krów chorych. Pewną ich liczbę dopiero niedawno przedtém pomieszczono w stajni i te zaraziły inne. Objawami choroby były rany w skórze, miejscowe wypadanie włosów, wrzody na wymionach i cyckach, a oraz i objawy cierpienia wewnętrznego, które, choć w łagodnéj postaci, przypominały przypady płonicy u ludzi. Daléj ropa z wrzodów po przeszczepieniu na cielęta wywoływała takie same wrzody, a nakoniec powiodło się przez próby hodowli otrzymać właściwe drobnotwory. Chodziło zatém o to, aby wykazać, że płonicę u ludzi tym drobnotworom przypisać wypada i że u krów przez takie drobnotwory uzyskane z ludzi płonicą dotkniętych wywołać można objawy chorobowe takie, jakie na folwarku w Heudon obserwowano. Usiłowaniom bakteryjologa Dra Kleina udało się podobno dowieść tego,

odosobnił on *Micrococcus scarlatinae* i spostrzegł go w dwu jeszcze innych epidemijach przez mleko wywołanych.

Co do sposobu, w jaki mleko zostaje zarażone, to mniema Klein, że może to nastać przez ścieranie chorych części skóry podczas dojenia, jak również przez konstytucyjne cierpienie krów. Niestety ta nowa choroba krów nie została dotąd przez weterynarzy bliżéj zbadaną i opisaną. Skoro się to stanie, wypadnie w oborach chronić krowy od tak chorych krów, równie jak od zetknięcia się z ludźmi chorymi na płonicę.

Gotowanie wskazane również z powodu innych zaraz chroni od niebezpieczeństwa ztąd wynikającego, gdyż Klein znalazl, że wspomniany drobnotwór w ciepłocie 85° C., a więc poniżéj ciepłoty wrzenia ginie. Zapatrywania te Kleina podane na posiedzeniu *Royal Institution* w Londynie napotkały na opór, w szczególności gospodarze twierdzą, że często obserwować można opisane objawy chorobowe u krów po ocieleniu, a mimoto mleko ich nie ma własności szkodliwych. Król. Towarzystwo rolnicze w Londynie wyznaczyło zatém ze swéj strony komisyję do zbadania téj sprawy. (*Monatsbl. f. öff. Gsndhtspflege* 1887 Nr. 8). *Dr. Grabowski.*

Wskazówki według rad najwyższéj Rady sanitarnéj, udzielone przez Ministerstwo władzom politycznym do ogłoszenia, jak się ma wykonywać desinfekcyję po chorobach zakaźnych.

(Rozp. z d. 16 sierpnia 1887).

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

f) Rozcieńczone rozczyny ługu i węglanu potasowego a w szczególności szare mydło, t. j. mydło potasowe w stosunku 1:1000, znoszą rozwój zarodników i mają dla tego także wartość i działanie środka desinfekcyjnego. Używaniu tych środków tém mniéj coś zarzucić można, że one służą zarazem jako środek do czyszczenia i jako takie na uwagę zasługują.

g) Według doświadczeń robionych z prątkami duru i cholery, i ze sztucznie robionemi odpadami z cholerycznych, działa i wapno żrące w postaci proszku, albo jako mleko wapienne, ostatnie w każdym razie słabiéj aniżeli woda wapienna, niszcząco na nie już w ciągu kilku godzin; odrażać niém powinno się w tych razach, gdzie dla utrudnionych stosunków lokalnych i komunikacyjnych, szybkie sprowadzenie i zastosowanie wyżéj wymienionych środków napotyka na pewne trudności.

III. Wykonanie desinfekcyi.

8. Desinfekcyję powinno się zaraz rozpocząć, skoro tylko rozpoznano jednę z wymienionych wyżéj chorób zakaźnych z całą pewnością i powinno się ją stosować aż do ukończenia choroby. Należy jéj poddawać zarówno osoby jak i przedmioty, które się z chorym zetknęły i przenosicielami zarazków, wydalinami itp. powalane lub zanieczyszczone być mogą.

9. Dla uproszczenia desinfekcyi należy przedewszystkiém chorego odosobnić w odpowiedni sposób, a z otoczenia jego oddalić wszystko to, co nie należy ściśle do jego pielęgnacyi. Szczególnie te meble i przedmioty z izby chorego wynieść należy, które przeprowadzenie desinfekcyi tylko utrudniają. Najwięcéj powinno się na to baczyć w pokojach, w których umieszczeni są chorzy na cholerę, ospę, dur plamisty i powrotny, dyfteryję, płonicę i czerwonkę. Nie powinno się dopuścić, aby podczas choroby sprzęty z izby chorego wynoszono; gdyby koniecznie tego wymagała potrzeba, należy je przed wyniesieniem odpowiednio odrazić.

10. Sukni i bielizny, którą chory bezpośrednio przed zachorowaniem miał na sobie, nie powinien nikt przed dokładną ich desinfekcyją używać. Bieliznę i pościel używaną przez chorego podczas choroby, jeśli to była cholera, ospa, dyfteryja, dur plamisty lub powrotny, czerwonka, wąglik lub nosacizna, należy dać do skrzyni, znajdującéj się w izbie chorego, oblać 5% kwasem karbolowym, aż wszystko nim przesiąknie, następnie z pokoju wynieść i przez 12 godzin zostawić w skrzyni, a potém dopiero można ją wydać do dalszego oczyszczenia. Inną odzież nie dającą się prać i przedmioty przez chorego używane, które się nadają do téj dosinfekcyi, należy odrażać za pomocą pary wodnéj (*b*). Przy innych chorobach, pod 5. wymienionych, wystarczy suknie, bieliznę i pościel chorego w rozczynie mydła potasowego zamoczyć, wygotować i w zwykły sposób wyprać. Ścierki używane podczas choroby do ścierania sprzętów w pokoju chorego, należy stosownie do choroby także albo za pomocą znanego rozczynu kwasu karbolowego albo za pomocą mydła wyprać. Narzędzia używane przy chorym należy, o ile można, do kwasu karbolowego dać i oczyścić. Odpowiednio do natury choroby należy baczną zwrócić uwagę i na wydaliny chorego. Podczas cholery należy wymiociny, kał i mocz, przy wszystkich chorobach durowych i nagminnéj czerwonce kał, przy szkarlatynie, dyfteryi, względnie przy nosaciźnie wydzielinę z nosa, plwociny i wydaliny, jakoteż i mocz zbierać w naczyniach, do jednéj czwartéj części rozczynem kwasu karbolowego napełnionych i do wychodka zlać. Wypróżnione naczynia należy znowu oczyścić i podać do dalszego użytku po świeżém napełnieniu kwasem karbolowym. Chorzy na jedną z wymienionych chorób nie powinni oddawać sami kału do wspólnych wychodków. Jeśli to się już stało przed stanowczém rozpoznaniem choroby zakaźnéj, należy przedtém, nim zdrowi bezkarnie do nich chodzić mogą, siedzenie i zlewy 5% rozczynem kw. karbolowego dokładnie zmyć i zetrzeć.

11. Osobliwe ostrożności, jakie się powinno zachować stosownie do choroby. Przy ospie, szkarlatynie, odrze i różyczce powinno się za głównych przenosicieli jadu uważać odpadającą skórę (naskórek). Przy wągliku i chorobach przyrannych należy dobrze baczyć na materyjał opatrunkowy i narzędzia używane, w przyrzutowém zapaleniu oka na chustki do nosa i ręczniki, które mogą być zanieczyszczone wydzieliną z oka, na gąbki używane do mycia powiek i na miednice. Przy krztuścu i gruźlicy płuc należy przedmioty zanieczyszczone wydzieliną z narządów oddechania lub służące do zbierania jéj poddać desinfekcyi kwasem karbolowym. W chorobach popołogowych trzeba się trzymać zarządzeń w rozporz. minister. z dnia 4 czerwca 1886, tak samo stosować się należy co do cholery do przepisów zamieszczonych w rozp. minister. z d. 5 sierp. 1886.

12. Desinfekcyja. *a*) uzdrowionego. Po ustąpieniu choroby winni wyzdrowieńcy należycie się umyć albo w kąpieli mydlanéj, albo jeśli się nie da zarządzić, umyć należycie całe ciało ciepłym rozczynem mydła, przedtém nim się stykają ze zdrowymi, potém dopiero wolno im ubrać czystą bieliznę lub suknie podczas choroby nie noszone albo odrażone. Wodę z kąpieli należy natychmiast wlać do wychodka, wanny i naczynia używane zmyć kwasem karbolowym 5%, to samo i rurę w wychodku sprowadzającą zlewy zrosić. *b)* umarłego. Umarłych na cholerę, ospę, dyfteryję, dur powrotny, plamisty, czerwonkę, wąglik, nosaciznę należy po sprawdzeniu śmierci nieumytych zawinąć w prześcieradła, zamaczane w 5% kw. karbolowym, złożyć w trumnie i jak najszybciéj z domu wynieść. Tak samo należy się starać o jak najszybsze wyniesienie z domu umarłego na jedną z innych chorób zakaźnych. Zmarłych na odrę, szkarlatynę, dur brzuszny trzeba zawinąć w prześcieradła przesiąknięte rozczynem chlorku wapna lub mydła potasowego i do trumny złożyć. Wystawiania takich nieboszczyków na widok należy zabronić. Sprzęty używane do wystawiania ich na widok należy tak samo jak i sprzęty w pokoju chorego się znajdujące desinfekcyi poddać. *c*) rzeczy, sprzętów. Podczas choroby używane łóżka, materace, poduszki, kołdry, dywany, jak i nie dające się prać suknie, należy poddać przez 2 lub 3 godziny desinfekcyi za pomocą strumienia pary wodnéj, w przypadkach cholery, ospy, dyfteryi, duru plamistego, powrotnego, czerwonki, wąglika, nosacizny. W innych chorobach zakaźnych można zezwolić na desinfekcyję za pomocą suchego gorąca zamiast pary wodnéj. Do przenoszenia wymienionych przedmiotów do zakładu desinfekcyjnego należy użyć skrzyń dających się należycie i dość szczelnie zamknąć; jeśli skrzyń odpowiednich nie ma, należy je przenieść w prześcieradłach przesiąkniętych 5% kwasem karbolowym. Skrzynie same lub inne przyrządy służące do przenoszenia rzeczy należy po wyjęciu ostatnich oczyścić 5% kwasem karbolowym a potém wodą.

13. Desinfekcyja izby chorego: Po skończeniu się choroby trzeba przystąpić do desinfekcyi izby chorego. Jeśli się

w niéj znajdowali chorzy na cholerę, ospę, dyfteryję, dur plamisty lub powrotny, szkarlatynę, należy poddać desinfekcyi wszystkie przedmioty w niéj się znajdujące, mimo że chory wprost się z niemi nie zetknął. W innych chorobach pod 5. wyliczonych wystarczy desinfekcyja samych tylko przedmiotów, z którenii chory lub jego wydzieliny się zetknęły.

Przedmioty dekoracyjne dające się prać, a które koniecznie ściślejszéj desinfekcyi poddać należy, jak firanki, zasłonki i t. p., trzeba zamaczać w rozczynie kw. karbolowego lub mydła potasowego, dać następnie do wody wrzącéj i daléj oczyszczać, niedające się prać, należy (jak 7 lit. *b*) poddać działaniu gorącéj pary wodnéj.

Meble skórą lub płótnem obleczone, których na działanie pary wodnéj wystawić nie można, należy szmatkami lub gąbkami zamaczanemi w 5% kw. karbolowym, a potém wilgotném lub suchém suknem zetrzeć. Meble zaś pokryte aksamitem, jedwabiem lub innym jakim materyjałem kosztowniejszym, albo także i sprzęty, których ścierać nie można, należy, jeśli się to da, wstawić do zamkniętéj przestrzeni i na działanie kw. karbolowego rozpylonego a przez kilka dni potém na działanie przeciągu wystawić. Naczynia zwykłe drewniane lub metalowe można zmyć rozczynem kwasu karbolowego lub mydła.

Drzwi, okna, podłogi i t. p.: Po opróżnieniu izby chorego z sprzętów należy drzwi, okna, podłogi zmyć rozczynem kw. karbolowego, który się i do szpar wszystkich zapuszcza należycie, a potém wodą z domieszką ługu opłukać. Powierzchnie ścian powalane wydzielinami lub wydalinami należy po należytém zwilżeniu kwasem karbolowym oskrobać; zeskrobane części trzeba do ognia wrzucić. Do mycia i ścierania użyte szmaty i gąbki należy spalić. Gdzie się to da, trzeba powały i ściany izby chorego świeżo bielić wapnem. Pokój taki wszechstronnie oczyszczony należy jeszcze, jeśli szczególne okoliczności z choroby wynikłe zachodzą, wystawić na działanie i przewiew czystego powietrza przynajmniéj przez kilka dni.

14. Służba powinna podczas zajęć koło chorego, a robotnicy w zakładach desinfekcyjnych podczas czynności służbowéj, wstrzymać się od jedzenia, picia i palenia tytoniu. Dla chorego powinno się tylko tyle do jego pokoju potraw i napojów przynosić, ile mu potrzeba, zapas żaden w tym samym pokoju być nie powinien. Podczas służby powinni zarówno robotnicy jak i chodzący koło chorych nosić osobną odzież, którą po opuszczeniu pokoju lub zakładu zdejmują. Ręce powinni sobie nadto myć 2% kw. karbolowym, a twarz, głowę i brodę mydłem, oprócz tego ręce, ile razy przy chodzeniu koło chorego się powalają, zmyć mydłem.

15. Do przewożenia chorych nie wolno używać publicznych dorożek ani wozów; powinny być sporządzone osobne nosze albo wozy, jedynie na ten cel przeznaczone. Powinny one być tak zrobione, aby je łatwo można poddać ściśléj desinfekcyi i oczyszczeniu.

16. Szczególniejszą baczność należy zwracać na muchy (lub inne owady) usiadające na chorym, słusznie za przenosicieli jadu uważane. Należy je albo do pokoju chorego nie wpuszczać, a jeżeli już weszły, zniszczyć. Zwierzęta domowe nie powinny się także znajdować w izbie chorego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,2. Z ospy umarło 0 (2 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.); z błonicy i dławca 1 (1 z. t.); z krztuśca 2 (1 z. t.); z duru plamistego 0 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gruźlicy 11 (2 z. t.); z zapalenia płuc 5 (0 z. t.); z zapalenia kiszek 10 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospianki, 1 płonicy, 11 krztuśca, 3 duru osutkowego (ze wsi), 8 czerwonki (5 ze wsi). W tygodniu od 7—13 sierpnia umarło z ospy: w Wiedniu 1, w Pradze 2, w Budapeszcie 3, w Tryjeście 1, w Paryżu 9, w Warszawie 21, w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 21, w Londynie 19, w Petersburgu 14. Z odry umarło w Czerniowcach 1, w Kołomyi 1, w Wiedniu 10, w Mnichowie 7, w Paryżu 16, w Londynie 34. Z płonicy umarło we Lwowie 3, w Drohobyczu 1, w Londynie 21. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Drohobyczu 1, w Kołomyi 1, w Przemyślu 1, w Czerniowcach 1, w Berlinie 17, w Paryżu 20, w Londynie 29. Z krztuśca umarło w Drohobyczu 2, w Wiedniu 3, w Londynie 61, w Petersburgu 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,3; we Lwowie 35,3; w Brodach 22,9; w Drohobyczu 62,9; w Kołomyi 46,0; w Przemyślu 37,0; w Stanisławowie 42,7; w Tarnopolu 29,0; w Tarnowie 28,4; w Czerniowcach 36,0; w Warszawie 31,9; w Poznaniu 43,6; w Wiedniu 26,4; w Salcburgu 25,2; w Gracu 28,3; w Tryjeście 34,4; w Insbruku 18,7; w Pradze 34,8; w Bernie 35,7; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 14,1; w Berlinie 30,8; we Wrocławiu 33,1; w Gdańsku 28,5; w Dreźnie 26,8; w Hamburgu 28,3; w Kolonii 38,4; Królewcu 46,1; w Lipsku 23,8; w Mnichowie 47,0; w Strasburgu 31,8; w Amsterdamie 20,3; w Brukseli 26,4; w Budapeszcie 35,4; w Chrystyjanii 24,1; w Kopenhadze 21,5; w Londynie 23,3; w Odesie 30,2; w Paryżu 22,6; w Petersburgu 24,7; w Stokholmie 25,4; w Wenecyi 31,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 września. Dziś wieczornym pociągiem przybywa do Krakowa JE. p. Minister Oświecenia w towarzystwie p. Radzcy ministeryjalnego Dra Rittnera i sekretarza Dra Freydenegga. Zabawi tylko dzień jeden i uda się w dalszą podróż do Przemyśla, Chyrowa, Stanisławowa i Czerniowiec, a z powrotem zatrzyma się we Lwowie. Jakkolwiek wizyta p. Ministra ma na celu głównie szkoły średnie i ludowe, to jednak zapewne poświęci chwilę obejrzeniu zakładów lekarskich, a przedewszystkiém kliniki chirurgicznéj i placu, zakupionego pod budowę nowéj kliniki, daléj zakładu anatomii patologicznéj itd. Tuszymy sobie, że wizyta ta, choć krótka, przyczyni się do ostatecznego załatwienia kwestyi budowy kliniki chirurgicznéj i przekona p. Ministra o niezbędnéj potrzebie budowy zakładu patologicznego na gruncie przez Wys. Wydział krajowy odstąpionym.

* Prof. Rydygier przybył już na stały pobyt do Krakowa razem z rodziną swoją.

* W przeszłym tygodniu publiczność wiedeńska, a zwłaszcza koła lekarskie, żywo zajęte były przypadkiem usiłowanego samobójstwa. Dr. Ludwik Langer, prymaryjusz szpitala powszechnego, syn radzcy dworu i profesora anatomii, zażył znaczną dawkę morfinu z powodu dotąd nie zupełnie wyjaśnionego, i znaleziony w stanie całkiem nieprzytomnym zawieziony został do szpitala, gdzie nad wyraz staranne zajęcie się lekarzy osiągnęło skutek pożądany, tak że obecnie życiu prymaryjusza nie grozi już żadne niebezpieczeństwo. Spór z dyrektorem prof. Böhmem, jak twierdzą jedni, zawód, którego doznał z powodu nieotrzymania posady dyrektora szpitala Rudolfa, zdaniem innych, a najprawdopodobniéj przemijające zboczenie umysłowe było powodem rozpaczliwego czynu, jakiego dopuścił się młody prymaryjusz, któremu dotąd ciągle szczęście się uśmiechało.

* Zjazd 60ty lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbadenie odbył się w d. 18—24 września. Posiedzenie pierwsze zagaił Fresenius, poczém burmistrz przywitał zgromadzonych, a wreszcie odbyły się wykłady prof. Wislicenusa (treści chemicznéj) i prof. Preyera p. t.: „badanie przyrodnicze a szkoła“. Wykład ostatni podamy w streszczeniu. — Dla braku czasu wykłady Hueppego, Meynerta i Benedikta odłożono do ostatniego posiedzenia ogólnego. Przy obiedzie wspólnym odznaczyli się toastami Virchow i Becker. Następnego dnia rozpoczęły się posiedzenia sekcyj.

* W Zurychu odbył się w d. 9—11 września Zjazd 2gi międzynarodowy przeciw pijaństwu. Zagaił go prof. Forel, poczém odbyły się wykłady Milleta, Drysdala, Bungego itd.

* Na Zjeździe oftalmologicznym w Heidelbergu zebrało się tym razem około 100 okulistów; uchwalono zwołać w roku przyszłym Zjazd okulistyczny międzynarodowy do Heidelberga.

* Na 2ém ogólném posiedzeniu Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbadenie obrano jako miejsce przyszłego Zjazdu Kolonię.

* Pewien lekarz australski podaje do wiadomości powszechnéj, że we wszystkich przypadkach, w których leczenie jego

okaże się bezskutecznem, obowiązuje się ponosić połowę kosztów pogrzebu. (*The med. Record* i *Wiener med. Bl.*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Giessen.** Na katedrę anatomii opisowéj powołany został prof. Strasser z Fryburga.— **Włochy.** Habilitowali się Drowie Giuria i Bossi w Genui, pierwszy jako docent anatomii, ostatni położnictwa, Paolis w Neapolu jako docent ginekologii, Scimanni w Palermie, jako docent okulistyki i Pacinotti w Parmie jako docent chirurgii.

* **Odznaczenia.** Tajny radca prof. Julijusz Trapp w Petersburgu otrzymał order św. Włodzimierza 2éj kl.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł słynny chirurg Dr. Ryszard Quain w 87 roku życia; w Wiedniu zaś wysłużony prymaryjusz Dr. Karol Haller licząc lat 78.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Kramsztyka: O związku łuszczki z jaglicą; Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźném zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (dok.); Przedborskiego: Obecne metody leczenia grużlicy krtani (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9: Sawickiego: O przepuklinie podotrzewnowéj.

Redakcyja otrzymała:

K. NOISZEWSKI: Barwikowica i choroby pamięci i woli. (Odbitka z Pamiętn. Lek.) Warszawa 1887, in 8-vo str. 33.

Prof. FALK w (w Berlinie): Ueber Hefe-Einspritzung (Odbitka z *Arch. f. Anat. u. Physiol.*) in 8-vo str. 10.

Dr. R. TRZEBICKY: O operacyjném leczeniu ostrego zapalenia otrzewny in 8-vo str. 50.

GURANOWSKI: Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową (Odbitka z *Medycyny* 1887) in 8vo str. 11.

PUŁAWSKI: Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego (z oddziału Dra Dunina) (Odbitka z *Gazety Lek.*) Warszawa 1887, in 8vo str. 18.

Doc. JAWORSKI: Ueber continuirliche Magensaftsecretion (Odbitka z *W. med. Woch.* 1887) in 8vo str. 3.

TENŻE: Methoden z. Bestimmung d. Intensität d. Pepsinausscheidung a. d. menschl. Magen (z kliniki prof. Korczyńskiego) (Odbitka z *Münch. med. Zt.* 1887) in 8vo str. 11.

TENŻE: Vorläuf. Mitth ü. d. Wirkung d. Säuren a. d. Magenfunction d. Menschen (Odbitka z *Zeitschr. f. Therap.* 1887) in 8vo str. 4.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę drugiego asystenta przy klinice chirurgicznéj z płacą 600 złr.

Podania wnieść należy najdaléj do dnia 10 Października na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego. *Cybulski*

Kraków 30 Września 1887. Dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 8 Października 1887. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Jednostronny krwiak macicy i trąbki (haematometra et haematosalpinx unilateralis) wyleczony przez laparatomiję.

Podał **Docent Dr. Rudolf Trzebicky.**

Jednostronny krwiak macicy, powstały w skutek niedrożności jednéj połowy przewodu rodnego u kobiet w przypadkach upośledzonego rozwoju części rodnych, nie należy wcale do cierpień częstych, jak tego dowodem skromna liczba odnośnych spostrzeżeń zebranych przez Schrödera (*Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, 4te wydanie str. 58). Mając niedawno temu sposobność obserwowania podobnego przypadku chętnie podaję go do szerszéj wiadomości, zwłaszcza że samo rozpoznanie dość znaczne przedstawiało trudności i przed operacyją prawie było niemożliwém, a dopiero bezpośrednie oglądanie części rodnych wewnętrznych od strony jamy brzusznéj stosunki w zupełności wyjaśniło.

A. M., lat 20 licząca, niezamężna, z Łąki, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowéj i nigdy sama obłożnie nie chorowała. Pierwsza miesiączka pojawiła się przed 2ma laty i odtąd odbywała się w odstępach 4-tygodniowych zupełnie regularnie bez jakichkolwiek dolegliwości. Przed 11 dopiero miesiącami wystąpiły niezależnie całkiem od miesiączkowania znaczne bardzo bóle w krzyżach i ponad spojeniem łonowém, rozpromieniające się przedewszystkiém w kierunku prawego uda. Bóle te z początku występujące tylko napadowo z miernem nasileniem w odstępach kilko a nawet kilkunastodniowych w ostatnich tygodniach miały się stać coraz częstszemi i co do nasilenia większemi; a obecnie powtarzają się prawie co 2—3 dni. Od kilku miesięcy zauważyła też chora w brzuchu po prawéj stronie guz, który według jéj podania szybko dość się powiększał. Oprócz tego późniéj nieco wytworzył się drugi znacznie większych jeszcze rozmiarów guz ponad samém spojeniem łonowém. Chora doznaje także częstego przykrego nader parcia na mocz. Według podania miała w ostatnich czasach podupaść bardzo znacznie na siłach i odżywieniu, co wszystko skłoniło ją do szukania pomocy lekarskiéj.

W dniu przyjęcia znalazłem stan następujący. Dziewczyna wzrostu małego, skóra blada, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta. Budowa kośćca oprócz lekkiego skrzywienia stosu pacierzowego w części lędźwiowéj ku stronie lewéj nie przedstawia nic nieprawidłowego. Narządy klatki piersiowéj i sutki zupełnie zdrowe. Brzuch w dolnéj części wzdęty, linia środkowa ciemniéj nieco zabarwiona, pępek lekko zagłębiony. Powłoki skórne jędrne, mocno napięte oprócz blizn po pijawkach nie przedstawiają żadnych zboczeń. Przy obmacaniu czuć ponad spojeniem łonowém guz wychodzący z miednicy małéj, twardy, o ścianach gładkich, mocno napiętych. Dokładniejsze badanie wykazuje, że guz ten składa się właściwie z 2 części. Jedna większa, dochodząca rozmiarów głowy dorosłego mężczyzny, znajduje się mniéj lub więcéj w samym środku przekraczając linije środkową na jednakiéj przestrzeni ku obu stronom. Drugi guz wielkości głowy noworodka stojący z dopieroco opisanym w bezpośrednim związku i od niego tylko głębokim wrębem oddzielony, kształtu jajowatego, znajdował się po prawéj stronie ponad więzem Pouparta. Najdłuższa oś tego guza przebiegała prawie zupełnie równolegle do więzadła. Guzy oba w całości dość znacznie ruchome, zwłaszcza z boku na bok, guz mniejszy w ograniczonym stopniu także od dołu ku górze. Odgłos wypukowy ponad guzem wszędzie stłumiony. Chełbotania ani przez powłoki brzuszne ani przy badaniu skombinowaném przez pochwę i odbytnicę wykazać nie można. Samo badanie dla choréj mocno bolesne. Badając przez pochwę czuć można we wszystkich sklepieniach, wyjąwszy w bocznem lewém, guz takiéj saméj natury co przy badaniu przez powłoki brzuszne. Najwyraźniéj występuje on w sklepieniu przedniém, gdzie dochodzi wielkości jaja gęsiego, najmniéj wyraźném jest w sklepieniu tylném. Błona śluzowa pochwy ponad guzami dokładnie przesuwalna. Część pochwo-

wa macicy przedstawiająca się jako nader drobna brodawkowata wyniosłość w całości ku lewéj stronie zbacza. Ujście wielkości ziarna grochu wprost na lewo zwrócone. Przy ruchach wykonanych guzem przez powłoki brzuszne porusza się także guz w pochwie i część pochwowa, która, o ile badaniem w ogóle wykazać można było, w bezpośrednim stała związku z opisanemi guzami. Pochwa sama zupełnie prawidłowa. Badanie przez kiszkę stolcową wcale do wyjaśnienia obrazu się nie przyczyniło. Mocz zawiera znaczną ilość śluzu i ropy jak niemniéj i nieco białka.

Na podstawie tego wyniku badania musiałem rozpoznać guz stały macicy, a mianowicie w obec szybkiego wzrostu i w wysokim stopniu upośledzonego odżywienia skłaniałem się do przypuszczenia nowotworu złośliwego. Wprawdzie musiałem przyznać, że między stosunkami, które znalazłem u mojéj choréj, a obrazem jednostronnego krwiaka macicy skreślonym powszechnie po książkach istniało pod niejednym względem łudzące podobieństwo: zupełny brak atoli chełbotania tłumaczy się, jak się o tém później przekonałem, znacznem napięciem ścian guza i brak bólów występujących w okresach typowych jak nie mniéj zbyt szybki rozrost guza zdawały się nie pozwalać na podobne rozpoznanie.

Ulegając naleganiom choréj, godzącéj się z powodu gwałtownych bólów na każdy zabieg, przystąpiłem dnia 22 maja b. r. do cięcia rozpoznawczego przez powłoki brzuszne bez jakiegokolwiek z góry powziętego planu.

Cięcie poprowadziłem od pępka do spojenia łonowego w linii środkowéj. Jeszcze przed otwarciem jamy otrzewnowéj stawiał znaczne trudności wyciągnięty mocno ku górze pęcherz, który dopiero musiano odpreparować i ku dołowi zepchnąć. Po przecięciu otrzewny ściennéj odrazu ukazał się na dnie rany guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny o powierzchni zupełnie gładkiéj, wychodzący z miednicy małéj i sięgający prawie do pępka. Ściany tego guza, który wydawał się być macicą, o ile przez obmacanie wykazać można było, znacznéj dochodziły grubości i były mocno bardzo napięte. Na prawéj stronie guza głównego prawie w środku jego wysokości odchodził od niego drugi guz kształtu wrzecionowatego o powierzchni grubo falistéj. Ściany tego drugiego guza przy obmacaniu wydawały się o wiele cieńszemi, zwłaszcza na wyniosłościach powierzchni i mocniéj napiętemi od ścian guza głównego. Przez bezpośrednie obmacanie można było w obu guzach mimo znacznego napięcia wykazać choć niebardzo wyraźne chełbotanie. W obec tego naciąłem guz główny w linii środkowéj i wypuściłem z niego $1\frac{1}{2}$—2 litrów krwi ciemnéj, barwy czekoladowéj. Ściany guza głównego wśród tego w rękach się widocznie kurczyły. Po wypuszczeniu wszystkiéj krwi, o ile takowa bez użycia siły li tylko w skutek kurczenia się ścian guza odpływała, guz główny dochodził jeszcze do wielkości główki dziecięcia, podczas gdy guz boczny stosunkowo daleko mniéj stracił na objętości. Dalsze badanie części rodnych wyjaśniło stosunki w zupełności. Na lewo od guza głównego połączony z nim za pomocą szerokiéj płaskiéj grubéj na 2—3 mm. powięzi znajdował się trzon macicy plodowéj na $2\frac{1}{2}$—3 cm. długiéj. Ku dołowi macica ta przechodziła w guz opisany i była z nim zupełnie zrośniętą. Daléj jeszcze na lewo od macicy prawidłowéj odchodziła lewa trąbka i więzadło jajnikowe. Przekonawszy się w ten sposób, że miałem do czynienia z macicą dwurożną (*uterus bicornis*), w któréj jednym rogu i trąbce przyszło do zatrzymania wydzieliny miesiączkowéj, uważałem za najpewniejszy i najprostszy sposób postępowania założenie na razie przetoki macicznéj w powłokach brzusznych. W ten sposób najpewniéj mogłem uniknąć zakażenia otrzewny od strony wnętrza macicy, czego niezawsze można uniknąć nawet mimo najdokładniejszego szwu ścian macicznych. Dopiero po ustaleniu téj przetoki zamierzałem założyć drugą przetokę od strony pochwy, a po utrwaleniu i tejże chciałem przetokę w powłokach brzusznych zamknąć. Jeszcze jeden wzgląd zdawał mi się przemawiać za tym planem operacyjnym a nie za prostém zamknięciem rany w macicy i natychmiastowém założeniem przetoki od pochwy. Obawiałem się bowiem, żeby otwór ten, jak to miało miejsce w przypadku Martina (*Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*, 2gie wydanie str. 53) nie zamknął się chwilowo, coby prowadziło do zatrzymania wydzieliny i jéj rozkładu i wymagało kilkakrotnego powtórzenia operacyi. Sądziłem także, że przez podwójne drenowanie, które tu zamierzałem zastosować, najdokładniéj wszystką wydzielinę będzie można usunąć. Kierując się temi względami, wszyłem, tak jak to zrobili Howitz (*Centr. f. Gyn.* 1882 str. 271) i Thomas (*Diseases of women*, 3cie wydanie str. 303) w podobnych przypadkach, ściany prawego rogu macicy na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ cm. w dolny kąt rany, a resztę rany brzusznéj zamknąłem zupełnie szwami srebrnemi i jedwabnemi. Wycięcie krwiaka trąbki, które w podobnym przypadku wykonał Schröder (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. 8), uważałem u mojéj choréj w obec zmniejszenia się znacznego torbiela po otwarciu jamy macicy, a tém samém istniejącéj dostatecznéj komunikacyi między trąbką a macicą, za zbyteczne. Wnętrze macicy wypełniłem od przetoki luźno paskami gazy jodoformowéj.

Dalszy przebieg przez kilka pierwszych dni nie pozostawiał nic do życzenia. 5go dnia usunąłem wszystką gazę z macicy, a wprowadziwszy przez przetokę zakrzywione kleszczyki do macicy ku dołowi założyłem w miejscu wypuklenia w sklepieniu przedniém drugą przetokę. Następnie włożyłem długi i gruby sączek do macicy a końce jego wyprowadziłem przez obie przetoki na zewnątrz. Z końcem pierwszego tygodnia wystąpiły objawy nader ciężkiego zapalenia płuc i opłucnéj po stronie prawéj. Ciepłota dochodziła wieczorami do 41°, tętno do 160. Stan groźny utrzymywał się przez 8 dni, poczém choroba poczęła ustępować *per lysin.* Resztki wypociny opłucnowéj zaledwie po 5ciu tygodniach uległy wessaniu. Przez cały ten przeciąg czasu utrzymywał się stan podgorączkowy. Jamę macicy i pochwę przestrzykiwano codziennie letnim rozczynem kwasu salicylowego. Wśród obserwacyi guz odpowiadający trąbce, który przez dłuższy czas jeszcze ponad więzem Pouparta można było wymacać, znikł zupełnie.

12go lipca przystąpiłem w narkozie do zamknięcia przetoki w powłokach brzusznych. Okroiwszy brzegi tejże dokoła zeszyłem osobno ściany macicy, a osobno powłoki brzuszne szwem warstwowym z katgutu chromowego. Wygojenie rany nastąpiło przez rychłozrost.

Z końcem lipca chora opuściła Kraków zupełnie wyleczona. Dawne bóle i dolegliwości ustąpiły bez śladu. Regularność pierwsza od czasu operacyi pojawiła się 20go lipca i odbywa się odtąd według doniesienia listownego prawidłowo w odstępach 4 tygodniowych. Choréj polecono, aby się od czasu do czasu zgłaszała do lekarza w celu zapobieżenia zbytniemu zwężeniu nowozałożonego ujścia macicznego w pochwie.

II. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
asystent tego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Narząd, na którym się chce badać zmiany naczyniowe, a więc bądź to język, bądź prącie, umieszcza się w pletysmografie, urządzonym na téj samej zasadzie, co rękaw Mossa, zmienionym oczywiście odnośnie do kształtu i wielkości tegoż narządu, połączonym z poligrafem Mareyowskim. W miarę rozszerzania się lub zwężania naczyń narząd badany zwiększa lub zmniejsza swą objętość a powietrze szczelnie zamknięte w pletysmografie i poligrafie wznosi lub wciąga błonkę na tymże ostatnim, wywołując podnoszenie się lub opadanie piórka, znaczącego swe wahania na okopconym papierze obracającego się walca. Pletysmograf na język składa się z blaszanéj puszeczki, 6cm. wysokiéj, o szerokości 4cm. w jednym wymiarze, 1cm. w drugim, zwężającéj sie kopulowato, stosownie do kształtu języka. Z wnętrzem pletysmografu stoją w związku trzy rurki. Z tych jedna wąska służy do połączenia z poligrafem, druga również wąska do przeprowadzenia nitki z haczykiem, na który się przebija koniec języka, dla wciśnięcia go w przyrząd, trzecia zaś szersza nieco mieściła w sobie termometer, w pracy méj bowiem zależało mi na śledzeniu zmian naczyniowych przy rozmaitéj ciepłocie. W tym to celu pletysmograf niniejszy opatrzony był drugą ścianką z dwiema rurkami, przeprowadzającemi płyn oziębiający lub ogrzewający przez przestrzeń między obiema ściankami. Oczywiście pomiędzy oboma przestworami nie było najmniejszéj komunikacyi, tak że ani kropla wody do wnętrza pletysmografu dostać się nie mogła, a narząd badany stykał się jedynie z powietrzem oziębianém lub ogrzewaném. Rurka przeprowadzająca nitkę z haczykiem opatrzona była w dalszym ciągu rurką kauczukową, zamykaną szczelnie zaciskiem, termometer umocowany w otworze za pomocą korka, zalepionego nadto dokładnie zamaską z wosku i kolofonium, język zaś przeprowadza się przez otwór w błonie kauczukowéj zamykającéj dolną część pletysmografu, dla większéj nadto pewności zalanéj na brzegach tą samą zamaską. Błona kauczukowa nie powinna być ani zbyt gruba, aby nie ugniatała języka, ani zbyt cienka, w tym bowiem razie otwór powoli się zwiększa i nie utrzymuje szczelnie zamkniętego powietrza, co łatwo można poznać po braku wahań piórka odpowiadający tętnu w najdrobniejszych szczegółach, lub przez wdmuchnięcie powietrza przez boczną rurkę od poligrafu, w skutek czego piórko się wznosi w górę i pozostaje na jednéj wysokości, jeżli przyrząd jest szczelnie zamknięty, łub też opada z mniejszą lub większą chyżością w razie przeciwnym. Ponieważ błona ta traci po pewnym czasie sprężystość, należy ją przeto dość często zmieniać.

Pletysmograf na prącie stanowi rurka blaszana, również o podwójnych ściankach, 7cm. wysoka, o średnicy 2cm., ścięta skośnie od strony przylegającéj do brzucha. Drugi koniec może być albo zasklepiony, albo, co jest bezpieczniéj, również ścięty i zamknięty błoną kauczukową z otworem, przez który wystercza z pletysmografu koniec prącia. Przy doświadczeniach nad prąciem wysuwa się pęcherz moczowy przez rany uczynione w powłokach brzusznych dla odszukania nerwów wzwodowych, nacina się i wprowadza rurkę, przez którą mocz odpływa, co zapobiega wytryskiwaniu tegoż przy podrażnieniu nerwów wzwodowych, zdarza się jednak czasem, że mimo téj ostrożności trochę moczu wybiega przez cewkę, co przy zasklepionym z jednego końca pletysmografie zmusza do odejmowania częstego i przerywania doświadczenia, a można tego uniknąć właśnie w wyżéj podany sposób.

Ponieważ pletysmograficzne badania dają nader pomyślne wyniki, jak to dowodzi praca Anrepa i Cybulskiego, postanowiłem przeto zastósować tę metodę do doświadczeń nad nerwem kulszowym. Za pletysmograf służyła puszka blaszana, długości 25cm., zwężająca się w dole podobnie jak noga psa. Szerokość jéj wynosiła w jednym wymiarze 6, w drugim $4\frac{1}{2}$cm. stosownie do grubości nogi, którą można było wsunąć w przyrząd wysoko poza kolano przez błonę kauczukową, zamykającą otwór, znacznie oczywiście grubszą, aniżeli w poprzednich pletysmografach. Ponieważ stosunki są tutaj mniéj dogodne aniżeli w poprzednich narządach i trudniéj jest zachować szczelność, zmuszony byłem przeto oblepiać nogę w miejscu wejścia do pletysmografu, do czego mi służyła z bardzo dobrym skutkiem dość rzadka, mazista zamaska z przylepca z oliwą i małym dodatkiem terpentyny. Przyrząd ten równie jak poprzednie zaopatrzony był podwójnemi ścianami i termometrem wskazującym ciepłotę powietrza zawartego wewnątrz pletysmografu.

Pletysmografy powyższe łączy rurka kauczukowa o grubych ścianach a więc mało podatna, długości 100cm. z poligrafem w sposób zwykły, poligraf zaś różni się od innych jedynie têm, że naciągnięta jest na nim w miejsce zazwyczaj używanéj kauczukowéj, cieniuchna błonka z kondomu, przez co przyrząd staje się czulszym. Błonkę tę należy zmieniać często, napięta bowiem traci po krótkim czasie sprężystość i zsycha się a nawet pęka. Piórko poligrafu ustawione jest w równéj linii z piórkiem sygnału Depreza, klucz podwójny za pociśnięciem guzika przerywa prąd krążący przez sygnał i zamyka równocześnie prąd pochodzący od dwóch Danieli, wprawiających w ruch sanki Du Bois-Reymonda, połączone z komutatorem, od którego odchodzą 4 pary elektrodów w ten sposób, że przy odpowiedniém ustawieniu prąd przechodzi przez dwie tylko pary, dla podrażnienia naprzemian jużto nerwu językowego, jużtęż podjęzykowego, w skutek czego sygnał znaczy chwile podrażnienia, piórko zaś poligrafu zmiany naczyniowe, na walcu obracającym się stosownie do potrzeby z rozmaitą chyżością. Tenże sam sygnał służy do znaczenia sekund przy odpowiedniém połączeniu z metronomem Meltzla.

Nerwy podrażniałem elektrodami podobnemi do Ostroumowskich, składających się, jak wiadomo, z szklanéj rurki kształtu **T**, w któréj umocowane są odłączone od siebie pętle z drutu platynowego. Przez te pętle przeciąga się nerw uwiązany na końcu odciętym na nitce, którą się przymocowywuje do ramienia rurki. Elektrody te jednak posiadają pewne niedogodności, mianowicie każdorazowe wypróbowanie ich wymaga preparowania i przewlekania przez nie nerwu kulszowego żaby, odczyszczenie i naprawa jest mozolna, a co gorsza, że gdy czasem nerw nie przylega do pętli, trudno jest temu zaradzić. Dla usunięcia tych stron ujemnych zmieniłem elektrody w ten sposób, że pętli platynowych nie utwierdzałem stale w rurce szklanéj, lecz umocowane i odosobnione na drążku drewnianym wpuszczałem do rurki, gdzie można je przesuwać i wyjmować każdéj chwili, co nader ułatwia próbowanie ich, czyszczenie, naprawę i przystosowywanie do nerwu jedynie przez pociąganie drewnianego pręcika.

Ażeby módz badać zmiany naczyniowe za pomocą po-

wyżéj opisanych przyrządów, należy wykluczyć wszelkie ruchy w zupełności, dla tego też zwierzęta używane do doświadczeń, przeważnie psy, kuraryzowałem zawsze poprzednio. Kurarę wprowadzałem do żyły bądź to udowéj, bądź téż szyjnéj stopniowo w małych dawkach, aż do zupełnego unieruchomienia. Zbyt pospieszne kuraryzowanie znosi zupełnie możność wywoływania zmian naczyniowych przez podrażnienie nerwów, prawdopodobnie w skutek obniżenia parcia, a prawidłowe parcie krwi jest niezbędnym do tego warunkiem, jak wykazały badania Anrepa i Cybulskiego. Jakość kurary gra tutaj również niepoślednią rolę, a miałem sposobność wielokrotnie czynić smutne spostrzeżenie, że przetwór wyrabiany i będący obecnie w obiegu zawiera w sobie prócz sporéj ilości strychniny, inne jakieś istoty, które wpływają na znaczne obniżenie parcia, zanim jeszcze ruchy dowolne zostały zniesione i parcie to nie przychodzi do stanu prawidłowego, lecz owszem bardzo szybko wciąż opada pomimo nader małych dawek kurary. Przeciwnie kurara wyrabiana przed kilku laty, któréj resztki wyszukiwałem po rozmaitych aptekach, oddawała mi jak najlepsze usługi, działała szybko na zakończenia nerwów ruchowych a po przeczekaniu pierwszego działania parcie wracało do stanu prawidłowego w bardzo krótkim czasie i zmiany naczyniowe z pomyślnym skutkiem można było badać. Ważną téż rzeczą jest, aby psy używane do tych celów były dobrze odżywione a następnie aby sztuczne oddychanie odbywało się w sposób naśladujący o ile możności prawidłowe, przy zbyt silném bowiem oddychaniu występuje rozszerzenie i przekrwienie naczyń płucnych, wysięki do wszystkich jam i znaczne obniżenie parcia. Jak już wyżéj wymieniłem rozchodziło mi się przedewszystkiém w niniejszéj pracy o zbadanie własności naczyń i wpływu nerwów na nie przy różnéj ciepłocie, rozpocząłem przeto doświadczenia od nerwu językowego. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

7) Władysław Koczan, 9 lat, przyjęty 13 grudnia 1879. Głowa duża, budowa czaszki krzywicza. Znaczny stopień rozwoju umysłowego. Obrzęk surowiczy odnóg dolnych, *ascites*, mocz zawiera dość znaczną ilość białka, w osadzie wałeczki ziarniste, rozwolnienie, w stolcach żyłki krwi. Obustronne zapalenie nieżytowe płuc. 19 grudnia 1879 umarł o godz. 4$^1/_2$ popołudniu. Sekcyja wykonana 21 grudnia wykazała: *Pneumonia lobularis et atelectasis disseminata cum bronchitide diffusa bilateralis. Ren sinister situs in pelvi circa lineam innominatam sinistram* (*Arteria renalis sin. oritur ex iliaca communi dextra*). *Nephritis parenchymatosa chronica cum hydronephrosi incipienti et dilatatione uretherum. Tumor lienis melanotici. Hydrops universalis. Hydrocephalus internus chronicus et ependymitis vegetans. Asymetria cranii.* Czaszka w całości większa nad wiek. Szew strzałkowy przebiega nieco ukośnie od prawéj ku lewéj stronie nadając całéj czaszce (sklepieniu) postać spłaszczonego owalu, którego tylna połowa po stronie lewéj znaczniejszą okazuje pojemność niż po stronie prawéj. Opona twarda gładka prawidłowa, opony miękkie blade, w przestworach podpajęczych nieco znaczniejsza ilość jasnéj surowicy, miejscami opony same surowiczo obrzękłe. Zwoje mózgu wyraźne, rowki dość głębokie, mózg w całości wielki. W rogach przodkowych i tylnych rozmiary znacznie powiększone, wyściółka komórek, mianowicie na lewym wzgórzu wzrokowym, okazuje liczne nierówności drobnoziarniste prawie w kształcie smugi ułożone, gdzieniegdzie pośród takowych wybujałości różowawe większe wielkości ziarna drobnego grochu. W komórkach, a mianowicie w rogach, znaczniejsza ilość bladéj niemętnéj surowicy. Błona śluzowa gardziela i krtani blada, gładka. W obu jamach opłucnowych po kilka łyżek surowicy jasnożółtéj niemętnéj, opłucne żebrowe prawidłowe. Na brzegach oba płuca blade, rozdęte nadmiarowo powietrzem. W części dolnéj miejsca sine łykowate niżéj reszty powierzchni położone, mało lub wcale nic powietza nie zawierające; na rozkroju widać dość liczne miejscami 2 do 3 cm. średnicy mające ogniska ciemno-czerwone o powierzchni gładkiéj dokładnie od otoczenia odgraniczone, spójności znacznéj, bezpowietrzne. Z oskrzeli tychże ognisk, jakotéż z innych miejsc za ugnieceniem wydobywa się obfita ciecz żółtawa ropiasta, gęsta. Prócz tego płuca w całości za uciskiem dość znaczną ilością pienistéj krwawéj cieczy się zalewają. Serce rozmiarów prawidłowych, mięśnie blade spójności prawidłowéj, śródsierdzie i zastawki cienkie, gładkie, w obu jamach znaczniejsza ilość świeżych skrzepów ciemno-czerwonych. Jama brzuszna zawiera prawie $^3/_4$ litra jasnożółtéj surowicy, otrzewna blada lśniąca, gładka, wątroba wielkości prawidłowéj, ciemno-brunatnawa, na rozkroju o dość niewyraźnym rysunku, spójności znacznéj. Z naczyń wydobywa się obficie krew płynna, ciemno-czerwona. Śledziona miernie powiększona, łykowata, na rozkroju prawie jednostajnie czarna, gładka, sucha, lśniąca. Nerka lewa znacznie powiększona, położona w miednicy małéj dotyka górnym brzegiem bezimiennéj lewéj linii w bliskości zespojenia biodro-krzyżowego a brzegiem dolnym przytyka bezpośrednio do rozdętego pęcherza, tak iż odbytnica przebiega w łuku naokoło wewnętrznego brzegu nerki lewéj ku dołowi pociągając za sobą ścieńczałą otrzewnę, przykrywającą w całości nerkę. Tętnice dwie nerkowe na 2 cm. długie wychodzą z prawéj wspólnéj biodrowéj tętnicy na 1$^1/_2$ cm. poniżéj rozdziału tętnicy głównéj. Również i żyły wpadają do biodrowéj prawéj odpowiednio. Moczowód krótki bardzo, rozdęty, dwa razy szerszy, drożny, ujście prawidłowe. Nerka prawa o połowę większa od lewéj, w całości znacznie powiększona, prawidłowo położona. Naczynia prawidłowe, moczowód znacznie rozszerzony (2 razy) w dolnym swym odcinku wklinowany między odbytnicę znacznie na prawo wysuniętą, tuż do prawéj linii bezimiennéj przytykającą, a rozdęty pęcherz. Moczowód drożny w całości. Na obu nerkach widocznych kilka torbieli. Nadnercza oba tak prawe jak lewe prawidłowo położone, utkanie prawidłowe. Jądra w mosznach ułożone prawidłowo.

8) Piotr Brożek, chłopiec 1$^1/_2$-roczny, przyjęty 26 stycznia 1880. Czaszka nieumiarowa, potylica mocno wypukła zwłaszcza po stronie lewéj, gdzie z częścią swą podstawową tworzy głęboką rynnę. Zez zbieżny, źrenice szerokie, niedowład prawéj połowy twarzy. 28 marca umiera w skutek zapalenia płuc. Sekcyja wykonana 29 marca wykazała: *Pneumonia lobularis bilateralis recens. Tumor lienis melanotici chronicus. Hydrocephalus chronicus internus.*

9) Maryja Grudniówna, lat 2$^1/_2$, przyjęta 30 czerwca

1880 z zimnicą i nieżytem jelit. 7 sierpnia zapadła na płonicę z błonicą, 13 sierpnia umarła o godz. 4téj popołudniu. Zboczeń żadnych pod względem umysłowym lub w sferze ruchowéj nie zauważono. Sekcyja wykonana 15 sierpnia wykazała: *Nephritis parenchymatosa acuta, hyperaemia et oedema mucosae pharyngis. Tumor lienis chronicus. Hydrocephalus ventriculorum lateralium enormis.* Zwoje mózgu nieco obustronnie przypłaszczone, na przekroju kora blada małoco zwężona, wyraźnie od rdzeniowéj bladéj istoty odgraniczona. Komórki boczne obustronnie prawie 5 razy szersze zawierają przeszło $^1/_2$ litra jasnéj przeźroczystéj cieczy. Wyściółka komórek blada gładka.

10) Błażej Lenczowski, $1^1/_2$ lat, przyjęty 7 sierpnia 1880, wymiotuje często bez powodu. Naciek obydwu szczytów płuc. 8 września umiera o godz. 4téj rano. Sekcyja wykonana 9 września wykazała: *Bronchiectases et cavernae bronchiectaticae pulmonis utriusque sbsq. peribronchitide caseosa. Hydrocephalus ventriculorum chronicus.* Powierzchowne warstwy ciałek prążkowanych i wzgórka wzrokowego rozmiękłe.

11) Rozalia Strycharska, lat 7, przyjęta 10 września 1880. Źle odżywiona, jaglicowe zapalenie spojówek z wszelkiemi następstwami. Naciek obustronny szczytów płuc. Rozwolnienie połączone z wypadaniem kiszki odchodowéj. Znacznie rozwinięty umysł, usposobienie wesołe, deklamuje bardzo długie ustępy, co świadczy o dobréj pamięci. Rozwolnienie niczém wstrzymać się nie daje, objawy nacieku coraz się powiększają, ciepłota jednak prawidłowa. Dopiero 8go listopada wynosi ciepłota ranna 36·0°, 10go 39·0°, 11go 38·0°, 13gó 37·0°, 15go 36·5°, 20go 34·1°, ciepłota wieczorna 37·0°, 21go 35·0°, 22go 36·5°, wieczorna 38·0°, 23go 36·2°, wiecz. 38·5°, 24go 34·8, 28go 34·2°, 30go 34·8 i t. p. Tętno było bardzo słabe, zresztą jednak żadnych innych objawów nie zauważano, przytomność do ostatniéj chwili zachowana, a nawet humor nie o wiele się zmienił. 4go grudnia 1880 umarła o godz. 2éj popołudniu. Sekcyja wykonana 6go grudnia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa, peribronchitis pulmonis utriusque caseosa, tuberculosis pleurae, hepatis, lienis et renum. Hydrocephalus internus majoris gradus.* Z protokółu sekcyjnego wyjmujemy: „Kości cienkie, blaszki zewnętrzne cienkie, sklepienie prawidłowe, opona twarda, gładka, blada, zatoki prawidłowe, opony miękkie cienkie przeświecają. Zwoje mózgu mało wydatne, spłaszczone, rowki płytkie. Na przekroju kora blada węższa o połowę, istota rdzeniowa blada znacznie węższa niż prawidłowa. Komórki środkowe a przeważnie boczne, jakoteż rogi 4 do 5 razy szersze zawierają do 1 litra płynu surowiczego jasnego, wyściółka blada gładka, sploty prawidłowe.

12) Jan Wójcik, chłopiec 1-roczny, przyjęty 11 listop. 1880 z nieżytem jelit i zapaleniem płuc. Czaszka duża o postaci trójkątnéj na przekroju, żyły rozszerzone. Umarł 23go listopada 1880 o godz. $5^1/_2$ rano. Sekcyja wykonana 24 listopada: *Hydrocephalus chron. internus praecipue cornuum posteriorum. Pneumonia catarrhal. bilateralis, catarrhus intestini tenuis.* W komórkach do 200 grm. cieczy surowiczéj.

13) Anastazyja Czepielówna, dziewczyna 1-roczna, przyjęta 2 kwietnia 1881. Źle odżywiona, głowa w stosunku do klatki piersiowéj i długości ciała za duża, opada wciąż ku tyłowi, obwód czaszki wynosi 47 cm. a klatki piersiowéj 39 cm. Ciemię wielkie miernie napięte, nie pulsujące, szwy czaszkowe porozstępowane. Na skórze sklepienia czaszkowego wyprysk. Oczy zmian żadnych nie przedstawiają, ruchy prawidłowe, dziecko kieruje wzrok za przedmiotami świecącemi; źrenice zwężają się należycie. Przy płaczu fałdy nosowowargowe obustronnie jednakowe. Odnogi górne trzyma zbliżone do tułowia i zgięte w stawach łokciowych, ręce w pięść zaciśnięte; tylko za użyciem pewnéj siły można odnogi wyprostować, poczém jednak do swéj pierwotnéj pozycyi wracają. Odnogi dolne przyciągnięte do brzucha i zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Czucie i odruchy niezmniejszone. W płucach objawy nieżytu, brzuch zapadły, rozwolnienie. Stan bezgorączkowy. Podczas dalszéj obserwacyi zauważano, iż przykurczenia odnóg nie są stałe, że czasami członki są w stawach zupełnie wolne i ruchome. 13go kwietnia wystąpił znaczniejszy skurcz mięśni karkowych i mięśni obu rąk. 4go maja kilkakrotne wymioty i niespokój. 5 maja o godz. 7éj rano umarła. Sekcyja wykonana 6go maja wykazała: *Hydrocephalus insignis ventriculorum lateralium cum totali fere atrophia hemisphaerarum. Bronchitis diffusa et atelectasis pulmonis utriusque.* „Czaszka w całości znaczniejszych rozmiarów, ciemię duże błoniaste, regularne. Za nacięciem dużego ciemienia wypływa strumieniem do dwóch litrów wodojasnéj cieczy wypełniającéj jamę czaszkową, na któréj podstawie znachodzą się główne zwoje, tworzące trzecią komórkę o rozmiarach prawidłowych. Z półkul mózgowych pozostał zaledwie ślad w postaci kawałków lub guzków do 4 cm. średnicy, białoróżowych, miękkich, przylegających po obu stronach do wewnętrznéj powierzchni kości ciemieniowych względnie do opony twardéj, któréj wyrostek sierpowaty sterczy do pustéj jamy czaszkowéj. Móżdżek pokryty przez namiot jest prawidłowy. Sąsiednie bezpośrednio części zwojów głównych są również utrzymane, zresztą prawie śladu nie widać półkul. Opona twarda blada gładka stanowi wewnętrzną wyściółkę jamy czaszkowéj."

14) Franciszek Jędrzejczyk, lat 2, przyjęty z objawami krzywicy i niedokrewności 8 kwietnia 1881. *Craniotabes*, czaszka duża o postaci czworokątnéj, ciemię wielkości czterocentówki, oczy wysadzone. Umarł 3 maja 1881 w okresie wysypywania odry. Sekcyja wykonana 4 maja wykazała: *Catarrhus intestini tenuis chronicus, anaemia summa universalis, tumor lienis chronicus. Hydrocephalus ventriculor. lateral. chronicus.* Miąższ mózgu surowiczo obrzękły, w komórkach do 5ciu łyżek jasnożółtéj surowicy.

15) Grzegórz Zając, 1 rok, przyjęty 13 kwietnia 1881 z nieżytem oskrzeli i jelit. Głowa znacznych rozmiarów, sklepienie płaskie, pośrodku siodłowato zaklęśnięte, guzy czołowe wybitne. Umarł 27 kwietnia z zapalenia płuc. Sekcyja wykonana 28 kwietnia wykazała: *Hydrocephalus ventriculorum lateralium enormis, bronchitis diffusa bilateralis, pneumonia lobularis dextra, emphysema enorme pulmonis utriusque vesiculare. Catarrhus intestini chronicus.* „Czaszka duża, ciemię główne na 4 cm. średnicy. Zwoje mózgu wyraźne, rowki głębokie, na przekroju widać znacznie zwężoną istotę rdzeniową obu półkul mózgowych skutkiem nadmiernego rozszerzenia komórek bocznych zawierających blisko po $^1/_3$ litra jasnéj surowicy, tak iż tylko 2—3 ctmetrowa warstwa białéj istoty oddziela komórki od kory. Wyściółka komórek bocznych blada, naczynia cienkie wydłużone; komórka 3cia rozmiarów prawidłowych, wyściółka blada, gładka, sploty prawidłowe.

16) Stanisław Scienzur, $^1/_2$ roku, przyjęty 20 lipca 1881 z nieżytem jelit; czaszka duża ku tyłowi się rozszerzająca, za uciskiem na ciemię występuje zez zbieżny. Wymioty. Umarł 26 lipca 1881. Sekcyja wykonana 27 lipca:

Catarrhus intestini tenuis, marasmus universalis, hydrocephalus ventriculorum chronicus.

Z przypadków tych zasługują na uwagę tak ze względu anatomicznego jak i klinicznego przypadek 2gi, okazujący wrzody gruźlicze w żołądku, co w każdym razie należy do rzadkości, okazujący daleko posuniętą gruźlicę ogólną, której punktem wyjścia były zserowaciałe gruczoły oskrzelowe wielkości orzechów włoskich, z wyjątkiem prawie tylko opon mózgowych, na których właśnie gruzełki znaleść najprędzéj moglibyśmy się spodziewać, a okazujący natomiast wodogłowie przewlocznc, którego obecność za życia niczém się nie zdradzała, a którego etyjologija jest ciemną. Nie mniéj ciekawy jest przypadek 7my, w którym mimo zmian napotkanych w jamie czaszkowéj (*asymetria cranii, hydrocephalus chronicus, ependymitis vegetans* wzgórza wzrokowego) nie zauważaliśmy za życia zboczeń ani w sferze psychicznéj ani zmysłowéj, wzrok prawidłowy, lecz właśnie naodwrót chłopiec odznaczał się bystrością umysłu i wysokim stopniem rozwoju umysłowego, a któryto przypadek przedstawia także pod względem ściśle anatomicznym dość rzadką anomalię dotyczącą ułożenia nerki lewéj i jéj unaczynienia. W przypadku 11tym pozostawało podobnież znaczne rozwinięcie umysłowe, doskonała pamięć, usposobienie wesołe, deklamacyja dłuższych ustępów w rażącym niestosunku do o połowę zwężonéj istoty korowéj półkul mózgowych i do ilości jednego litra cieczy zawartéj w komórkach mózgowych. I w tym przypadku spodziewaliśmy się wobec ogólnéj gruźlicy znacznego stopnia zastać także i gruźlicę opon, zwłaszcza wobec częstych ciepłot subnormalnych dochodzących do 34·1° i faktu, iż siostra pacyjentki zmarła wśród objawów zapalenia opon gruźliczego. Przypadek 13ty nareszcie odznacza się prawie zupełnym uwiądem półkul mózgowych i zawartością dwóch litrów wody w jamie czaszkowéj przy prawidłowém zachowaniu się źrenic i kierowaniu gałek ocznych ku przedmiotom pokazywanym. (C. d. n.)

IV. Olejek migdałów gorzkich lotny jako środek pokrywający woń jodoformu.

Podał

Dr. J. Talko-Iłgowski-Hryncewicz.

Jodoform jak wiadomo w ostatnich latach znalazł nader rozliczne zastósowanie we wszystkich działach medycyny praktycznéj. Wszyscy wielbią jego zalety, podnosząc jednak wielce ujemną stronę, jaką jest silnie przenikliwa, uporczywa woń jodoformowi właściwa. Dlatego téż w najnowszych pracach widzimy usiłowania, aby albo wykryć środek, pokrywający tę woń dla otoczenia i dla chorego wstrętną, lub też aby wynaleźć połączenie chemiczne o własnościach leczniczych jodoformowi właściwych, a nieposiadających jego ujemnych tak dla zmysłu powonienia przykrych stron.

Była chwila, niestety chwila krótkiego złudzenia, gdzie się zdawało, że jodol jest tym środkiem, który usunie jodoform z użycia, jeżeli nie wszędzie, to przynajmniéj w większéj części przypadków chorobowych. Pomijam już 3—4 krotnie wyższą cenę jodolu, nieprzystępną dla mniéj zamożnych chorych, ale i samo działanie lecznicze jodolu okazało się o wiele słabszém, o wiele niżéj stojącém od jodoformu.

Wstrętny zapach jodoformu również do ostatniéj chwili nieudało się z zupełnym skutkiem pokryć. A zapach ten jest niekiedy ogromną zaporą w użyciu tego leku. Mając w ostatnich latach sposobność użycia jodoformu nader często w dziale chorób kobiecych, napotykałem często tak ze strony chorych, jak i otoczenia wiele trudności w zastosowaniu odpowiedniém tego leku. Doświadczałem rozlicznych środków, zalecanych przez wielu badaczy, aby pokryć tę przenikliwą woń jodoformu, jednak przekonałem się, że wszystkie one nieodpowiadają celowi. Jedne nie pokrywały w dostateczny sposób woni jodoformu, inne zaś, choć to czyniły, jednak znów stawały się niemożliwemi dla swéj własnéj, niemniéj przenikliwéj i przykréj zarówno woni. I tak między innemi używałem z porady Lindemana balsamu peruwiańskiego z dołączeniem $^1/_4$ części proszku palonéj kawy, za przykładem Calego taniny, daléj używałem dłuższy czas jodoformu z *oleum menthae piper.*, potém według Keywortha wody kolońskiéj, lub znowu *ol. lavandulae*, albo według Retra tymolu w roztczynie kolodionu, daléj na polecenie Mosetiga *fabae toncae*, wreszcie doświadczałem polecanych również gorąco *tinct. moschi*, (Petersen), *oleum anisi* i *ol. amygdalarum dulcium*. Ten środek ostatni poleca Martineau. Wszystkie jednak wyż wymienione środki zawiodły moje oczekiwanie. Puściłem się więc tedy na drogę własnych spostrzeżeń i przyszedłem do przekonania, że najlepiéj pokrywa woń jodoformu olejek z migdałów gorzkich lotny (*oleum amygdalarum amarum aethereum*). Środek ten ma wyższość przed innemi dotąd polecanemi z następujących powodów: 1) do pokrycia zupełnego woni jodoformu wystarcza 2 do 6 kropli olejku na $1^1/_2$ do 2grm. jodoformu, 2) olejek mój w małéj ilości użyty ma woń słabą wcale przyjemną, 3) wewnętrznie czy zewnętrznie stosowany nie działa szkodliwie, 4) jest środkiem, przynajmniéj u nas w Rosyi, bardzo tanim. Muszę tutaj dodać, że farmakopea rosyjska obejmuje dwa rodzaje *ol. amygd. aether.*, że jeden zawiera kwas sinowodowy, drugi zaś nie. Tego ostatniego używam téż jedynie i radzę każdemu dla pewności przepisywać *ol. amygdal. amarum aether. sine acido hydrocyanico.*

Zwykle polecam następujące formy:

Rp. Jodoformii 0,80—2,00
Extr. Trifol. fibr. q. s.
Olei amygdal. amar. aether. gutts. II—IV (sine acido hydrocyanico) fl. a. pil. 30 *DS.*

Dla tamponów pochwowych przepisuję zaś:

Rp. Jodoformii 2,0—2,75
Glycerini puri 6,0—7,0
Ol. amygd. amar. aether. (*sine acido hydrocyanico*) *gutts. II—IV. Ds.*

Na podstawie licznych moich doświadczeń uważam olejek wyż wzmiankowany za najlepszy z dotąd używanych środków dla pokrycia woni jodoformu i gorliwie go polecam do rozpowszechnienia.

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

G. Sée: **O leczeniu bólu głowy antipyrynem.**

Omawiając rozróżnienie bólu głowy od innych spokrewnionych stanów, jak migreny, nerwobólu n. twarzowego, oświadcza wykładający, że migrenę można odróżnić przez jéj występowanie wyłącznie po jednéj tylko stronie głowy i zawsze równocześnie z zaburzeniami wzroku, nudnościami i wymiotami. Ból głowy można łatwo odróżnić od nerwobólów n. twarzowego przez to, że nerwobóle zawsze do umiejscowienia jednego nerwu są przywiązane, a co się tyczy bólu

głowy dzieci niedokrewnych i bledniczych, są one nacechowane przez odbarwienie tkanek, buczenie w naczyniach szyjnych i w sercu, a przedewszystkiém przez zmniejszenie ilości hemoglobiny. Przechodząc do bólów głowy ze wzrostu pochodzących, przytacza prelegent częstość schodzenia się tychże z przerostem serca z téj samej przyczyny. Przy takich bólach głowy, których przyczyny w sercu szukać należy, można osiągnąć osobliwsze wyniki za pomocą leczenia jodem, wspieraném jeszcze podawaniem konwalaryny i sparteiny, lecz nie we wszystkich przypadkach i nie pod wszelkiemi warunkami. W 12 przypadkach z t. zw. bólem głowy sercowym, odnoszących się do wieku między 13 a 19m rokiem, w których S. zwykłym sposobem leczenia nie otrzymał żadnego skutku, próbował antipyrynu, który podawał po 3 gramy dziennie. Skutek był niespodziewany. Po 6 do 8 tygodniach bóle głowy, na które przytoczeni młodzieńcy zwykli do tego czasu cierpieć, znikły, a po 2 lub 3 dni po podawaniu antipyrynu można było stwierdzić ulgę w cierpieniu.

Nadmiarowa praca rzadko jest jedyną przyczyną bólów głowy; dalszą przyczyną jest niejednostajny rozwój fizyczny różnych części ciała, a szczególnie wewnętrznych narządów. Bóle głowy ze wzrostu pochodzące, często spostrzegać można po szybkim rozwoju ciała i w takich przypadkach zwykle spotkać można poprzedzający niejako przerost serca. Jeżeli istnieją bóle głowy w skutek umysłowych natężeń, to są przecież najpewniejsze cefalalgie „wzrostowe“ albo „sercowe“.

Następnie prelegent wspomina o bólach głowy ocznych, które Perrin, Javal i Parinaud tak wyczepująco zbadali. Antipyryn, który według doświadczeń najwięcéj obniżyć zdoła pobudliwość układu mózgordzeniowego i serca, już przez to samo przedstawiając prawdziwie kojący środek, odznacza się tém, że obniża czynność układu nerwowego ośrodkowego do prawidłowéj, średniéj miary od chwili, jak ten ostatni zostaje zwolniony od objawów chorobowych. W przypadkach migreny z jakiéjkolwiekbądź przyczyny zapisuje prof. Sée antipyryn zaraz w początku napadu i to w dawkach jednogramowych. U wszystkich chorych uważał, najpóźniéj po drugiéj dawce, polepszenie stanu. Tak samo rzecz się ma co do wpływu antipyrynu w przypadkach nerwobólu n. twarzowego i rwy twarzowych. (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 36). *Dr. R. Spira.*

K. Miura (Tokio w Japonii): **Tymczasowe doniesienie o działaniu efedryny, jako nowego środka rozszerzającego źrenicę.**

Z rośliny *Ephedra vulgaris* otrzymał prof. Nagai alkaloid efedryn, którego działanie w postaci soli (chlorek efedrynu) na zwierzętach i ludziach badał M. Wyniki szczegółowe tych badań ogłosi M. później, na razie umieszcza tymczasowe doniesienie streszczone w następujących słowach: Dawka 8—10 mlg. dla żaby już śmiertelna, wywołuje u niéj powoli występujące zwolnienie oddechania, a w końcu ustanie takowego. Tak samo zachowuje się po nim czynność serca. Źrenica znacznie się rozszerza. U zwierząt ssących (królika, psa, myszy) wywołuje przyspieszenie zarówno oddechania jak i czynności serca. Równocześnie występują drgawki kloniczne i podwyższenie ciepłoty w odbytnicy. Źrenice się rozszerzają zarówno po wstrzyknięciu efedrynu pod skórę jak i po wkraplaniu go do worka spojówkowego. Śmierć nastaje w skutek porażenia serca i oddechania. Dawka śmiertelna wynosi średnio podskórnie wstrzyknięta 0.3—0·46 na jeden kgr. dla królika, dla psa 0·22 na jeden kgr. Doświadczenia kliniczne w klinice okulistycznéj robione dały 6% i 7% rozczynem wyniki niejednakowe co do własności rozszerzania źrenicy, za to 10% okazał się u wielu równo i dobrze działający. Z rozczynu 6—7% wkraplano raz do czterech razy chorym w odstępach czasu 10—15 minut wynoszących. Rozszerzenie nie u wszystkich chorych było jednakowe i nie u wszystkich ale u wielu wystąpiło. U różnych chorych w różnych odstępach czasu wystąpiło rozszerzenie, przeciętnie w 40—50 minut po wkropleniu. Przy użyciu rozczynu 10% wystąpiło u 18 chorych rozszerzenie obydwu źrenic po wkropleniu 1 do 2 kropli. Rozszerzenie obydwu źrenic było jednakowe, jeśli nie było żadnego zapalenia a załamanie światła jednakie. Przy mocném wpadaniu światła można było jeszcze otrzymać oddziaływanie źrenicy na światło. Akomodacyja albo wcale nie albo tylko w małym stopniu była zniesiona. Dzieci i starzy są czulsi na ten lek niż młode i zdrowe osoby. Jeśli tęczówka znajduje się w stanie podrażnienia lub zapalenia, nie występuje wyraźne oddziaływanie. Po wywołaniu rozszerzenia powrót do stanu prawidłowego trwa 5 do 20 godzin.

Lek ten nie wywołuje nawet po 14-dniowém używaniu zapalenia spojówki ani innych nieprzyjemnych zjawisk. Powiększenia parcia śródocznego nie można było zauważyć. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 38). *H. K.*

(*H. K.* Zamiast dotychczas używanych lawatyw odżywiających (pankreatynowych Leubego) zaleca Dr. Gadd **czopki z wyciągu mięsnego samego lub speptonizowanego.** Robi się je w następujący sposób: Przez zarobienie trzustki świeżéj z czterema częściami rozcieńczonego wyskoku otrzymuje się płyn trzustkowy. Można zamiast niego użyć także i pankreatyny w handlu się znajdującéj. 360 gr. dobrze siekanego mięsa zarabia się z 600 częściami wody, poczém się do tego dodaje 60 gr. płynu trzustkowego i 3·5 gr. węglanu sodowego. Mięszaninę tę utrzymuje się przez 6 godzin w ciepłocie 70°C., a potém się ją prasuje. Przesącz zobojętnia się kwasem solnym i odparowuje w niewysokiéj ciepłocie. Glykogelatyna t. j. masa, którą się otrzymuje przez rozpuszczenie 1gr. nalepszéj żelatyny w 10 gr. gliceryny i zostawia aż stężeje, jest obok masła kakaowego z dodatkiem małym wosku, najlepszym materyjałem do robienia z powyższą mięszaniną czopków, które się do odbytnicy wprowadza. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 30).

(*H. K.*) Jak *Gazette des Hôpitaux* donosi, wyleczono w szpitalu de Dieu ciężki przypadek bólu w lędźwiach, który był połączony z obrzękiem palców u rąk i nóg, za pomocą wstrzykiwań podskórnych antipyrynu; nadto podawano *per os* ten sam lek do 3·0 dziennie; wstrzykiwania robiono dwa razy na dzień, rano i wieczór, a każdym razem strzykawka zawierała 0·5 antipyrynu. Chory nie mógł ani siedzieć, ani, jeśli w łóżku leżał, podnieść się. Już po pierwszém wstrzyknięciu ból zupełnie ustąpił. W palcach u rąk i nóg polepszenie także wnet było widoczne. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 36).

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Stiller (Budapeszt): **Praktyczne uwagi nad chorobami serca.**

Usprawiedliwiwszy się na wstępie obszernéj rozprawy, że będzie w niéj traktował o rzeczach tak dokładnie już znanych i wielostronnie obrobionych, zapowiada autor naprzód, że wiele nowego nie powie, a będzie się starał w krótkości zestawić to, do czego mu przeszło 20-letnia praktyka lekarska dosyć sposobności dostarczyła. Mimo téj skromnéj uwagi ze strony autora rozprawa jego nosi na sobie nie często napotykaną oryginalność i przyczynia się zna-

cznie do wyjaśnienia niejednéj kwestyi jeszcze dosyć ciemnéj, albo rzuca nowe światło na zapatrywanie się na choroby serca.

Przedewszystkiém poleca autor w każdym nadarzającym się przypadku serce dokładnie badać bez względu na to, czy się chory uskarża na jakie przypady ze strony serca czy nie. Pomimo nawoływania przecież wielu lekarzy na tym punkcie błądzi. Andrew Clark mógł w ciągu kilkunastu lat 680 takich przypadków zestawić, gdzie były wady serca a chorzy się na nic nie skarżyli. Chory Stillera jeden pozornie zdrów zupełnie po trzytygodniowéj podróży poweselnéj wraca z ogólną opuchliną na tle wady serca. Na podstawie dokładnego badania dochodzi się do ścisłego rozpoznania, a z niego dopiero wnosi się, jak daleko już jest posunięta zmiana w sercu, a powtóre ile jeszcze po tém sercu fizyjologicznéj siły spodziewać się można. Nie może S. w swéj rozprawie dostatecznie nawoływać do bacznego zwracania uwagi na wątrobę, jako najczulszy narząd na wszelkie zmiany w krążeniu, powiększa się ona prędko jak gąbka, co jest jednym z najpierwszych objawów rozpoczynającego się osłabienia czynności serca. Dla czego, pomimo że wątroba już znacznie jest powiększona w chorobach serca, śledziona bardzo często zostaje niepowiększoną, nikt dotychczas, ani Stiller wytłumaczyć nie umie. Pierwszy okres powiększenia wątroby z powodu rozpoczynającego się zastoju żylnego, z następowemi objawami chorobowemi ze strony przewodu pokarmowego, w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego i niedosłyszalne niekiedy szmery sercowe są przyczyną, że często chorych niewprawni lekarze wysyłają do Maryjenbadu lub Karlowych warów, które zamiast im pomódz, tylko im szkodzą, gdyż nierzadko wracają stamtąd z opuchlinami do domu. Wynika ztąd, na co S. również kładzie nacisk, że samo pobieżne osłuchiwanie jeszcze nie wystarcza, że trzeba koniecznie w każdym przypadku opukiwać. I dziwna rzecz, że prawie wszyscy lekarze praktyczni osłuchiwanie wyżéj cenią aniżeli opukiwanie, co przecież jest błędném. Zdaniem prof. S. opukiwanie serca na palcu jest najlepsze, a najpewniejsze, jeśli się ze stłumienia serca nie przechodzi na płuca, lecz przeciwnie, wtedy bowiem stłumienie o wiele wyraźniéj się odbija od jawnego wypuku płuc. Omawiając opukiwanie serca, opisuje on stłumienie, na które dotychczas nikt uwagi nie zwrócił, a o którém w żadnym podręczniku znaleźć nie mógł wzmianki; występuje ono na dolnéj części mostka, jeśli się opukuje w postawie stojącéj lub siedzącéj, a znika, jeśli się choremu każemy położyć. Od 15—20 lat okazuje on toj uż swoim uczniom i zawsze mógł wykazać, że jeśli się tego nie uwzględni, otrzymuje się stłumienie serca znaczniejsze, tak samo bywa i stłumienie wątroby większe w postawie stojącéj.

Oprócz zwykłego rozszerzenia serca i jego komórek rozróżnia on jeszcze zgodnie z wieloma klinicystami t. z. dystenzyją i rozumie przez nią ostre nagłe powiększenie serca dające się wypukiem wykazać, a ogólnie osłabieniem nagłem czynności jego się objawiające. Tak samo jak żołądek i pęcherz mogą nagle się rozszerzyć w skutek przepełnienia treścią, tak samo może i serce zarówno lewe jak i prawe, albo obie połowy razem w przebiegu chorób jego przemijających lub nawet przy zdrowém sercu ale u niedokrewnych i w stanach wielkiego osłabienia nagle się rozszerzyć; i tak przytacza jeden przypadek, w którym u wysoce chlorotycznéj nagle powstała t. z. dystenzyja, podczas któréj chora zaledwo ruszać się mogła, za najmniejszém bowiem poruszeniem mięśni traciła dech i mdlała, a tylko spokój i środki podniecające usunęły ten stan niemiły.

Zdaniem wielu klinicystów zwężenie po lewéj stronie rzadko samo występuje; to samo potwierdza i S., ale podaje zarazem, że znowu nie tak rzadko, jak to wielu utrzymuje. I tu miał prof. S. często sposobność spotkać się ze szmerami odpowiadającemi zwężeniu, które inni za czysto anemicznéj natury, nieorganicznéj, uważali, tymczasem pokazywało się, że u tych samych osób nadal niedokrewnych spokój i małe dawki naparstnicy szmer usuwały; gdyby był na anatomicznéj podstawie oparty, byłby się przecież jeszcze pod wpływem naparstnicy bardziéj był zaostrzył. Z własnego doświadczenia dodaje, że zwężenie samo najczęściéj u kobiet się zdarza.

Niekiedy zdarzało się prof. S. widzieć przypadki, w których w skutek niekompenzacyi serca wytwarzały się opuchliny nie w zwykłym porządku, t. j. od odnóg zacząwszy, lecz najpierw wystąpiła opuchlina brzuszna, niekiedy zdarzało mu się widzieć najpierw wodopiersie, a potém obrzęki w innych okolicach ciała. Tu zdaje się być przyczyną opuchliny brzusznéj najpierw występującéj przewlekła zmiana w wątrobie i jéj krążeniu, wywołane długo już trwającym zastojem, wywołującym bujanie tkanki łącznéj śródmiąższowéj. W takich znowu przypadkach opuchlina z reszty ciała ustępuje najprędzéj pod wpływem leków, a *ascites* jeszcze się utrzymuje.

Co do rozpoznania, na jakiéj podstawie opuchliny się opierają, czy są zależne od serca, czy nerek, czy od innéj jakiéj przyczyny, niekiedy trudno rozstrzygnąć, n. p. jeżeli mamy do czynienia z marskością wątroby, a opuchlina taka wielka, że sam płyn uciskając na pnie żylne wywołuje obrzęki na odnogach i kadłubie, a jeżeli przez ten płyn przepona w dodatku tak wyparta, że uciskając na płuco daje nam obustronne stłumienie płuc na dole, można łatwo się pomylić i myśleć o jakiéjś wadzie serca lub nerek; badanie serca i moczu daje wynik naturalnie ujemny. Tak samo rzecz się mieć może przy wielkich obrzękach w brzuchu, np. z jajnika wychodzących.

S. omawiając dość obszernie obrzęki jako następstwa niekompensowanéj wady serca, zastanawia się znowu nad tém samém zdaniem, które już raz wypowiedział w pracy innéj (*Ueber Convallaria majalis bei Herzkrankheiten. Wien. med. Woch.* 1882), że niekiedy łatwiéj jest usunąć ogólną opuchlinę u chorego z klasy biedniejszéj niż u bogatych. U pierwszych, zdaniem prof. S., już sam spokój w szpitalu, należyte żywienie, usunięcie innych wszelkich zewnętrznych wpływów i naparstnica w dodatku, szybko bardzo rozwijają skuteczne działanie.

Dla czego w niektórych przypadkach wad serca daleko posuniętych, z wybitnemi objawami osłabienia czynności serca, dusznością, nieregularném tętnem niekiedy przyspieszoném, chorzy bardzo długo się męczą, a zastoinowe obrzęki przecież się nie wytwarzają, pomimo że w jednym lub drugim przypadku nie można powiedzieć, żeby był brak krwi, nie można zupełnie jasno wytłumaczyć. Prof. S. sądzi, że lewa komórka bardzo przerosła pomimo ogólnego osłabienia czynności serca przecież jeszcze tyle ma siły, że krążenie podtrzymuje i obrzękom zapobiega, a śmierć właśnie w skutek wyczerpania sił komórki następuje.

Po omówieniu chorób serca zależnych od zmienionéj jego innerwacyi, stawia sobie pytanie: Czy nerwica serca

może z czasem doprowadzić do organicznej zmiany w takowém? Na pytanie to nie można na pewne i dokładnie odpowiedzieć, bo w żadnym przypadku prawie nie możemy powiedzieć, czy już od samego początku, gdyśmy rozpoznali nerwicę, nie było już gdzie w sercu anatomicznéj zmiany; wiadomo tylko, że nadmierna praca serca w chorobie Basedowa sprowadza rozszerzenie komórek najpierw lewéj, potém prawéj, często ze szmerami słyszalnemi, więcéj od względnéj niedomykalności zastawek pochodzącemi. O innych nerwowych chorobach serca może S. na podstawie swego doświadczenia powiedzieć, że do anatomicznych zmian niedoprowadzają zazwyczaj, jakkolwiek nadmierna przez długi czas i nieprzerwanie trwająca praca serca do niéj doprowadzić mogą. Patologija ogólna pytania tego dotychczas nierozstrzygnęła. (Dok. nast.)

Wille (Memmingen): **O rzeżączkowém zapaleniu wsierdzia.**

Do nierzadkich powikłań lub następczych chorób po rzeżączce cewki moczowéj zaliczamy nerwobóle, zapalenia stawów i pochewek ścięgnistych. Że wśród trypra i zapalenie wsierdzia może wystąpić, wielu lekarzy jeszcze nie chce wierzyć, mimo że już kilka przypadków poważni klinicyści ogłosili. Do dwóch przypadków ogłoszonych w tem samém niżéj podaném czasopiśmie tego roku przez von den Veldena w których nie można było wykazać badaniem ani z wywiadów przebytego gośćca stawowego, ani zajęcia jednego stawu w przebiegu rzeżączki, zkądby dalsze zakażenie nastąpić mogło, a wyraźne było zajęcie wsierdzia, dodaje teraz W. zupełnie analogiczny przypadek spostrzegany w praktyce prywatnéj.

Dotyczył on 50-letniego dobrze zbudowanego kupca, który się skarżył na ściskanie w piersi od kilku dni się utrzymujące, spać mu nie dające, na duszność, brak łaknienia i ogólne osłabienie. Dotychczas nigdy nie chorował. Badanie wykazywało ciepłotę podniesioną (39·2°), uderzenie końca serca wzmocnione i rozlane, mruku wyczuć nie można, stłumienie serca sięgające w linii sutkowéj lewéj aż do 3go żebra a na prawo do tegoż brzegu mostka, wyraźnie słyszalny szmer skurczowy na końcu serca, drugi ton nad tętnicą płucną wzmożony. Bólów przy opukiwaniu silniejszém lub czynności oddechania nie ma. Po sprawdzeniu takiego stanu obecnego zastanowił się nad tém, że to przecież nie może być samoistném zapaleniem osierdzia, chory zaś poznając po W., że chce jeszcze o coś się zapytać, od razu się przyznał, że ma nadto i trypra od 10 lub 12 dni; rzeczywiście mógł się W. przekonać, że chory mówi prawdę. Innych codziennych powikłań trypra nie było. Chory stanowczo zaprzecza, jakoby kiedy wśród trypra miał bóle w jednym ze stawów, albo jakoby dawniéj go kiedy stawy bolały. Innych zmian w organizmie badanie nie wykazało, w moczu białka nie było. Zalecił więc lód w okolicę serca i wstrzykiwania roztworu kwasu borowego przeciw tryprowi. Pod wpływem dalszego leczenia tryper ustąpił, chorego badał co do serca W. kilka razy wśród leczenia, zmiany te same się utrzymywały, po 8 tygodniach jednak tony zupełnie stały się czyste. W ostatnich dniach badał znowu chorego, który ma się i podmiotowo i przedmiotowo dobrze.

Dla W. nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że w opisanym przypadku miał do czynienia z *endocardite blenorrhagique*, jak Velden ją nazywa, wywołanéj gonokokami Neissera, które drogą naczyń limfatycznych do serca się dostają i tam w lewéj komórce się usadawiają. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 37). *H. K.*

(*H. K.*) W *Brit. med. Journ.* opisuje Dr. Bowen przypadek, w którym **krztusiec** został przeniesiony z dziecka na kota domowego. Kot miewał do sześciu typowych napadów dziennie. a w przerwach między napadami miał się nie źle, wyjąwszy że był nie jak zwykle ruchliwy i żywy, i że trochę schudł. Napady u kota równe były napadom dziecka i kończyły się także wykrztuszaniem pienistego śluzu. W drugim przypadku kotek młody dostał zapalenia gruczołu przyusznego od chłopczyka na to cierpiącego, a który lubił się z nim bawić w łóżku. Objawy zapalenia już na drugi dzień u kotka wystąpiły (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, Nr. 36).

Chirurgija.

Nicholas Senn (Milwaukee): **Chirurgija trzustki.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Krwotok z trzustki. Zatamowanie krwotoku z trzustki jest wskazaném w przypadkach krwawych torbieli téjże; tylko wykonanie laparotomii i podwiązanie punktów krwawiących albo resekcyja utkania chorobowo zmienionego wywołującego krwotok mogą w takich przypadkach ocalić życie chorego.

Torbiele trzustki. Takowe zawdzięczają powstanie powstrzymaniu absorbcyi soku trzustkowego w skutek przeobrażenia tego płynu przez domieszkę produktów patologicznych w istotę nie dającą się wchłonić, albo w skutek utraty czynności naczyń pośredniczących wchłanianiu. Tylko wyłuszczenie torbiela uchronić może od powstania trwałéj przetoki trzustkowéj; trudności jednak operacyi wyłuszczenia z powodu głębokiego położenia trzustki, krótkości albo braku szypułek, sąsiedztwa ważnych narządów, robią ten zabieg bardzo trudnym do wykonania. Przenieść należy nad ten zabieg utworzenie zewnętrznéj przetoki trzustkowéj; wyłuszczyć należy torbiel, jeżeli ściana uległa przeobrażeniu nowotworowemu, albo gdzie grozi krwotok w skutek pęknięcia naczyń wyścielających torbiel.

Nowotwory. Wspomniawszy krótko o przeroście przechodzi autor do raka jako najczęstszego nowotworu. Trudności rozpoznawcze raka trzustki są znaczne, a do pewnego rozpoznania przyjść można zazwyczaj dopiero, skoro nowotwór doszedł już do znacznych rozmiarów i zajął już całą trzustkę i sąsiednie narządy. Zwykle nowotwór występuje w głowie trzustki; operacyja wtedy nadzwyczaj jest utrudnioną. Najkorzystniejszym warunkiem przy wyłuszczeniu jest ten, jeżeli nowotwór zajmie pierwotnie ogon narządu; wyłuszczenie téj części nie zagraża sprawie trawienia, a pozostała część wydziela jeszcze dostateczną ilość soku trzustkowego.

S. wspomina następnie o gruźlicy trzustki i o przeobrażeniu tłuszczowém téjże jako o bardzo rzadkich cierpieniach, wreszcie o kamiączce *(lithiasis)* przewodów trzustkowych jako stosunkowo częstszéj nieprawidłowości, któréj rozpoznanie za życia jest niemożliwém.

Autor przychodzi wreszcie do następujących wniosków: 1) po zupełném przecięciu trzustki przewód trzustkowy nie zrasta się; 2) po wyłuszczeniu nowotworu śmierć nastąpić może albo skutkiem samego urazu albo skutkiem zgorzeli dwunastnicy; 3) częściowa resekcyja trzustki dla zranienia albo zwyrodnienia jest zabiegiem, który można wykonać ze skutkiem korzystnym; 4) zupełne zatkanie przewodu trzustkowego, nie powikłane zmianami patologicznemi miąższu narządu, nie wywołuje powstania torbiela; 5) przy zwykłém zatkaniu przewodu trzustkowego sok trzustkowy bywa wchłonięty; 6) powolny zanik trzustki z powodu zmian odżywczych albo zwyrodnienia nie wywiera widocznego szkodliwego

wpływu na stan ogólny; odsłonięcie gruczołu w celach fizyjologicznych zawsze sprowadzało postępujące zwyrodnienie utkania gruczołowego; 8) wylanie się soku trzustkowego do jamy otrzewnowéj nie wywołuje zapalenia otrzewny; 9) Zmiażdżona albo zraniona w ogóle istota trzustkowa znika w skutek absorbcyi przy aseptyczném wykonaniu tego zabiegu; 10) zupełne przecięcie trzustki za pomocą sprężystego zaciśnięcia sprowadza w następstwie niezrastanie się obu połów gruczołu; 11) ograniczone oddzielenie kreski od dwunastnicy, niezbędne przy operacyjach na trzustce, nie wywołuje zgorzeli jelita; 12) przy wszystkich operacyjach na głowie trzustki wykonanych, należy utrzymać resztę gruczołu przez zachowanie głównego przewodu; 13) częściowe wycięcie części śledzionowéj trzustki jest wskazane w przypadkach ograniczonych ropni i złośliwych nowotworów we wszystkich przypadkach, w których produkt patologiczny da się zupełnie usunąć bez upośledzenia trawienia trzustkowego i bez zranienia ważnych sąsiednich narządów; 14) podwiązanie trzustki powinno poprzedzić wyłuszczenie jako zabieg zapobiegający krwotokowi i wylaniu się soku trzustkowego do jamy otrzewnowéj; 15) utworzenie przetoki trzustkowéj zewnętrznéj za pomocą laparotomii jest wskazaném jako zabieg leczniczy torbieli, ropni, zgorzeli i krwotoku trzustki z przyczyn miejscowych; 16) laparotomija i drenowanie drogą lędźwiową są wskazane w przypadkach ropni albo zgorzeli trzustki, gdzie przetoka brzuszna przednia nie da się założyć; 17) drenowanie na wskróś jest wskazaném w przypadkach ropni albo zgorzeli trzustki powikłanych podminowaniem ropą tkanki zaotrzewnowéj; 18) usunięcie kamienia trzustkowego zaklinowanego w dwunastnicową część przewodu Wirsunga za pomocą ręki albo nacięcia i wydobycia jest wskazaném w przypadkach uciśnięcia albo zatkania kamykiem wspólnego przewodu żółciowego, grożących śmiercią w skutek cholemii; 19) w przypadkach podobnych można uniknąć głównego niebezpieczeństwa wylania się żółci do jamy otrzewnowéj za pomocą wcześnie wykonanéj aspiracyi rozszerzonych przewodów żółciowych, dokładnego zespojenia rany jelita za pomocą szwów z cienkiego jedwabiu i absolutnego spokoju narządu trawienia przez czas leczenia rany w trzustce. (*Transactions of the American Surgical Association*). *Dr. Bar̨acz.*

Medycyna sądowa.

Dr. J. Kratter (w Gracu): **O niektórych spostrzeżeniach czynionych na trupach z wody wydobytych i o znaczeniu tłuszczowosku.**

Autor, znany z poprzednich prac swoich nad zmianą tłuszczowoskową, ogłasza obecnie 4 przypadki dochodzeń na trupach z wody wydobytych, wykazując na nich znaczenie przemiany tłuszczowoskowéj pod względem sądowolekarskim. Nie porusza tym razem kwestyi zasadniczéj, na czém zmiana ta polega, a w szczególności, czy tłuszczowosk tworzy się z tłuszczu w ciele już istniejącego lub też czy ciała białkowate biorą udział w tworzeniu się onego, a więc kwestyi, o którą spór się toczy, dotychczas nie rozstrzygnięty stanowczo, — poprzestając na wskazaniu, że tłuszczowosk pod względem sądowolekarskim ma znaczenie ujemne i dodatnie. Ponieważ masa ta na powietrzu szybko tężeje, przedstawiając istotę kredowo białą, kruchą, za uderzeniem dźwięczącą, więc lekarze niedostatecznie z nią obznajomieni poczytują ją za masę wapniową i przypuszczają, że trup powleczony jest wapnem. Błąd ten ma znaczenie nietylko teoretyczne, ale i praktyczne, ponieważ Sąd wprowadzony na fałszywe tory przypuszcza, że trup z wody wydobyty musiał poprzednio leżeć śród wapna i że następnie ztamtąd przez kogoś został wydobyty i do wody wrzucony; szuka więc za zbrodnią tam, gdzie najczęściéj było samobójstwo lub śmierć przypadkowa w wodzie.

Tłuszczowosk ma atoli i dodatnie znaczenie sądowo lekarskie. Przedewszystkiém skutkiem téj przemiany zewnętrzna postać ciała zachowuje się bardzo długo, a tém samém rozpoznanie tożsamości osoby jest ułatwione; nierównie lepiéj utrzymuje się kształt trupów tłuszczowoskowych, leżących w ziemi, aniżeli u leżących w wodzie, ostatnie bowiem bardziéj są narażone na uszkodzenie przez prąd wody, ciała obce, zwierzęta itd. aniżeli pochowane w ziemi. Nawet rysy twarzy po wielu latach czasem rozpoznać można. Drugą własnością trupów tłuszczowoskowych jest długie utrzymanie się trzew wewnętrznych pod stężałą powłoką zewnętrzną, przez co rozpoznanie zmian chorobowych, obrażeń cielesnych, a więc i przyczyny śmierci nierównie jest łatwiejsze, aniżeli w obec rozpadu gnilnego; ztąd znów płynie nauka dla lekarza sądowego, aby na zapytanie Sądu, czy po ekshumacyi spodziewać się można jeszcze rezultatu, oświadczał się twierdząco, ile razy przypuszcza, że rodzaj ziemi cmentarnéj przeobrażenie tłuszczowoskowe czyni możebném. Trzecią własnością przemiany w mowie będącéj jest, że przedmioty leżące na ciele tłuszczowoskowém odciskają się na niém, jak w wosku i że odcisk długo się utrzymuje. Tak widział autor odciski wierne chustki, torebki skórzanéj i szpagatu, a w jednym przypadku znaleziono u trupa, po upływie roku z wody wydobytego, bruzdę na szyi oraz odcisk węzła, tak że można było stanowczo orzec, że bruzda ta pochodzi od strangulacyi powrozem.

Następnie zastanawia się autor nad możnością ocenienia na podstawie postępu przemiany tłuszczowoskowéj, jak długo trup leżał we wodzie? Pod tym względem na podstawie swych badań dochodzi do następujących wniosków:

1. Na trupach całych sprawa tłuszczowoskowa w mięśniach nigdy nie rozpoczyna się wcześniéj aniżeli po upływie 3ch miesięcy.
2. Przemiana szerzy się od powierzchni ku wewnątrz.
3. Zanikanie mięśni odbywa się bardzo powoli.
4. Zanikanie to rozpoczyna się na czaszce, gdzie po upływie roku już śladu mięśni napotkać nie można.
5. Najdłużéj utrzymują się mięśnie pośladków i tylnéj płaszczyzny ud.

W jednym z 4ch przypadków przez autora przytoczonych wydobyto z ziemi zwłoki kobiety, przed 5 laty zmarłéj z otrucia arszenikowego. Zwłoki te nietylko nie były zmumifikowane, jak z góry przypuszczono, lecz przeciwnie okazały wybitną przemianę tłuszczowoskową, podczas gdy 3 inne ciała osób, również arszenikiem otrutych, równocześnie wydobyte, znajdowały się w stanie znacznéj zgnilizny. Przypadki te zatém przemawiają bardzo przeciw twierdzeniu, jakoby zwłoki ludzi otrutych arszenikiem ulegały mumifikacyi. (Osobna odbitka z *Mittheilungen des Vereines d. Aerzte in Steiermark*, Graz, 1887, in 8vo, Nr. 49). *L. Blumenstok.*

Psychijatryja.

T. Busi (Bazylea): **O stosunku gruźlicy do chorób umysłowych.**

Na podstawie licznych spostrzeżeń doszedł autor do następujących wyników: W przeważnéj większości przypadków gruźlica nie mogła być następstwem zboczeń umysłowych, bo istniała już przed wybuchem tych zboczeń; owszem należy uważać w większości przypadków gruźlicę za główny powód

obłąkania. Gruźlica pociąga za sobą często szczególną zmianę charakteru, charakter suchotniczy, cechujący się wielką dziwacznością, drażliwością, kapryśnemi zachciankami, nagłą zmianą w usposobieniu, osłabieniem czynności umysłowych, pamięci, sądu, nadto wybuchami gniewu i namiętności, na pozór niczém nie wywolanemi. Zboczenia umysłowe początkowe, towarzyszące gruźlicy, mają cechę przygnębienia, rzadko rozdrażnienia. Również typowo przebiegające psychozy, szczególnie zaduma, pomięszanie z omamami, może wywołać gruźlica. Spostrzeżono też stany obłąkania, podobne do obłędu, powstałego z wymorzenia, w przebiegu gruźlicy krótko przed śmiercią. Czasem gruźlicze zapalenie opon mózgowych prowadzi do psychoz krótko lub długo trwających. Psychozy, zwłaszcza ciężkie, długotrwałe zadumy z osłupieniem i silnym popędem do samobójstwa, jakoteż z odmawianiem pokarmów, mogą też prowadzić do rozwinięcia się gruźlicy. W wielu przypadkach trzeba uważać gruźlicę i psychozę za wyraz téjże saméj ogólnéj słabości w ustroju. B. znalazł w 50% swoich przypadków dziedziczność gruźliczą, w 47,2% nerwową, w 20% tak gruźliczą jak i nerwową dziedziczność. Ten fakt, jakoteż częste występowanie obydwóch chorób u kilku członków téj saméj rodziny wskazuje na ścisłe pokrewieństwo usposobienia gruźliczego i psychopatycznego. Długotrwały pobyt w zakładzie nie sprzyja powstaniu gruźlicy. *(Neurolog. Centralblatt*, 1887). *Dr. R. Spira.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Słowem roślinna terapija perska, gdyby była opartą na podstawach nauki, znajomości chemii i botaniki, niezaprzeczonych własności ziół, dałaby się zużytkować z podwójną korzyścią. Doradzca wiedziałby, co ma zastosować w danym przypadku, a potrzebujący leczyć się nie byłby zmuszony do odbywania uciążliwych pielgrzymek i szukania pomocy u grobów imamów. Fanatyczna ta wada tém więcéj jest tu szkodliwą, że zaufanie w potężne działanie roślin lub produktów z nich otrzymanych, posuwa bardziéj zaślepionych do samodzielnego leczenia się. Wspomniałem już o nadużywaniu makowca i wyciągów z roślin odurzających. Teraz dodam jeszcze, że panuje tu powszechny zwyczaj namazywania całego ciała świeżym lecz już nieco zgęstniałym sokiem maku w celu zabezpieczenia się od ukąszeń pluskwy z powodu swéj złośliwości, słusznie nazwanéj *angas persica* i będącéj w całym kraju prawdziwą choć tylko entomologiczną plagą. Namazywanie odbywa się zwykle na noc, u kobiet po wziętéj najprzód kąpieli, u mężczyzn po poprzedniém wywołaniu potów i to w ciągu całych dwóch miesięcy lipca i sierpnia, okresu największéj płodności owadu. Żadnéj z okolic ustroju nie pomija się, nawet błonę śluzową warg i małżowinę uszną, szyję, podpasza i pachwiny, starannie namazują. Rzecz zrozumiała, że łakomy owad spotkawszy się z tego rodzaju powłoką, natychmiast traci siłę wydzielania ze swych gruczołków ślinnych drażniącego płynu. Pers śpi dobrze; ale też i sprawa wessania odurzającego soku przez pory skóry nie pozostaje bez wpływu na jego zdrowie, tak że dwa letnie miesiące podtrzymując stopień drażliwości, wyprowadzają tutejszych obywateli z torów codziennego życia i gdy jednych utrzymują w stanie długotrwałego podniecenia, innych posuwają do zbrodni, rozpusty i wszystkich zwykłych jéj następstw. Jedyną zaś korzyścią dla ustroju bywa w téj okoliczności potrzeba częstego kąpania się, którego pominięcie ma jakoby zmniejszać działanie soku.

Widząc podobne traktowanie się tutejszych mieszkańców w celu odpędzenia nieznośnego owadu, sądziłem, że zmyślność miejscowa wynalazła również jakiś środek przeciwko innemu rodzajowi pasorzytów, wprawdzie nie tyle odrażających, ale niemniéj dokuczliwych od poprzedniego. Przekonałem się jednak, że tradycyjne nieochędostwo tutejszych ludów pozwala im z obojętnością znosić obecność w ciągu dnia chciwych krwi istotek. I tylko w razach, gdy już owad wpoił się w warstwy skórne i wywołał charakterystyczny stan chorobowy *(pityriasis)*, wtedy dopiero tak ubogi, jak i dostatniejszy zaczynają działać przeciwko niemiłemu gościowi, maczając modrą swą bieliznę w odwarze z *Staphysagria*, a podróżni w tymże samym celu posługują się odwarem z rybitrutki, bez której tak jak bez nargilleh i herbaty żaden Pers nie udaje się w dłuższą podróż.

Po za obrębem meczetów ściśle przestrzeganie tradycyjnych podań uwydatniło się i w perskiéj terapii. To bowiem, co zostało podane przez starożytnych doradzców, dotąd jest uważane za najlepsze i najskuteczniejsze i gdy tylko są środki po temu, każdy jest tu gotów wystarać się choćby o najdroższy środek, wcale już nie uwzględniając jego pochodzenia. Z rzędu tych wyszłych już z użycia leków, jeden jeszcze bywa dość często używany w Persyi. Są to perły („murwary“). Wiadomo, że wschodnie wybrzeża zatoki perskiéj, począwszy od Bender-buszyru aż do Lyngach i granicy Beludżystanu, obfitują w łowy muszli *Meleagrina margaritifera* w skutek wkłuć właściwych robaczków lub przedostania się do wnętrza konchy ziarnka piasku, wydzielających istotę biało-matową w kształcie ziarnka, zwaną perłową macicą. Przemyślni Persowie wiedząc, że białe perły są cenione i bardzo poszukiwane, wolą przedać je prędzéj, aniżeli używać w celu leczniczym. Lecz za to tego samego utworu, tylko koloru żółtawego lub niebieskiego, używają w proszku jako środka ściągającego, a zręczniejsi jeszcze doradzcy używając wywaru z pewnych ziół i dodając do niego sproszkowane perełki, przygotowują rodzaj powidełek, zastosowując je w czerwonce i w ogóle w długotrwałych cierpieniach jelit. Nieraz też dało mi się słyszeć od niektórych dam tutejszych, że całą przyczyną długiego ich niedomagania był brak lub powstrzymanie się od użycia proszku z perełek. I od chwili, gdy się im udało przekonać pana i męża o konieczności poświęcenia kilku pereł, natychmiast po ich przyjęciu stan zdrowia się polepszył i huryska perska była już zdolną okazać całą swą wdzięczność zakłopotanemu swemu właścicielowi. W każdym razie jestto środek zbyt drogi, a ztąd i rzadko dla kogo dostępny. Lecz szczególne własności, jakie mu przypisują, posuwają tutejszych przemysłowców do zastąpienia uformowanych już perełek skrzeplą tylko wydzieliną muszli tegoż samego rodzaju, zwaną tu „szeebi-murwar“. Wnętrze bowiem konchy jest pokryte powłoką matową, lśniącą, po namoczeniu w lekkim roztczynie potażu oddzielająca się łuskami, które po przeobrażeniu ich w proszek podają w pigułkach, konfiturach z granatów lub pigwy, w naparze liści szałwiowych, jako skuteczny lek w cierpieniach narządu trawienia. Samoistne zaś lub z dodatkiem pewnéj ilości imbiru (zendżefil) podają często położnicom w okresie popołogowym. Pospieszę jednak dodać, że własności przypisywane perłom są tylko wynikiem bujnéj imaginacyi Persów, w groźniejszych i uporczywszych przypadkach chorobowych gotowych szukać choćby znicza Zoroastra! Bo gdyby wia-

domości chemiczne stały tu na wyższym rozwoju aniżeli to jest dzisiaj; gdyby wiedziano, że perła jest tylko węglanem wapna, niewątpliwie szybko by się uwolniono z chaosu przesądu, pozostawiając utwór morskich żyjątek na właściwy użytek. Dopytując się zaś o skutki po przyjęciu tych cennych bawidełek, przekonałem się, że tak sami cierpiący, a głównie posiadacze pereł z żalem tylko wyrażali się o poniesionéj stracie, tłumacząc ją najprzód doznanym zawodem co do oczekiwanego skutku, a następnie utrzymującém się przekonaniem, zmuszającém do zwracania się ku środkom zaznaczonym jedynie przesądem.

Z rzędu środków leczniczych, cieszących się w Persyi powszechném uznaniem, wypada mi jeszcze zacytować środki wątpliwe co do swych własności, niemniéj jednak figurujące w swojskiéj terapii jako prawdziwe „panacea“. I tak wróble główki (Asfar-rassi), raz świeże, to znowu na pół zgniłe, uważają tutaj za jedyny środek wzmacniający i podają zmiażdżone w całości z dodatkiem kurkumy lub szafranu, lub też znowu zmięszane z mąką ryżową, przypieczone i polane sokiem winogronowym, stanowią częsty posiłek dawany niedokrewnym, uskarżającym się na trudne trawienie i w ogóle osobom w okresie powrotu do zdrowia. W przygotowaniu tego specyjału celują przed innemi miasta Koj i Dyzful, gdzie obfite bardzo gaje topolowe i morwowe są niejako siedliskiem ogromnych mas wróbli, cieszących się pewną tolerancyją, karmionych i przechowywanych jako widomy środek, ku któremu wzdycha każdy tutejszy niedołęga.

W zapaleniach błony śluzowéj jamy ustnéj gardziela i przełyku, lub w celu wywołania ślinienia używają tutaj soku i owocu z drzewa „Czach-czach“ (odm. (*Cesalpinia*) zwany „Dżadyk“. Skrzepły sok zagotuje się w mleku wielbłądzim lub bawolim i gdy jest napół rozmiękczonym, używa się go do smoktania. Tutejsi nałogowi pijacy posługują się podobnie przygotowanym owocem w celu usunięcia suchości i przykrego niesmaku w ustach i jak twierdzą, są zeń zawsze zadowoleni.

Pośród tutejszych wieśniaków mieszkających miano wicie w okolicach bagnistych utrzymuje się stale zwyczaj leczenia biegunek surowiczych środkiem zwanym „Chyret“. Są to nasiona z *Typha palustris* (Berdy), zebrane przed zupełném dojrzeniem i oczyszczone z pokrywającego je puszku następnie nieco podsuszone, tłuką się na mączkę i po dodaniu zimnéj kwaskowatéj serwatki, stanowią rodzaj ciasta jadanego w zastępstwie podpłomyków, w razie nieładów po stronie narządu trawienia.

Wiadomo dobrze, jakiemi są skutki długo niezadowolonego uczucia pragnienia. W krajach więc, gdzie podróżni często są zmuszeni przebywać znaczne przestrzenie pozbawione wody, powabna Flora pospieszyła z pomocą znużonemu wędrowcy. W południowych też prowincyjach Persyi, step często przechodzi w suchą pustynię, choć rzadko, stroi się jednak w bujne okazy rośliny zwanéj *Rosa berberifera*, któréj owoc podobny do figi, tylko nieco mniejszy, zawiera liczne bardzo ziarnka ukryte w mięsistéj torebce, posiadające bardzo przyjemny kwaskowaty smak. Podróżujący zbierają ten owoc zwany „margyr“, znajdując w nim wyborny środek do uśmierzenia pragnienia. Prócz tych własności przypisywanych tylko świeżym nasionom, wysuszone na wolném powietrzu i przechowywane w trzcinowych koszyczkach, następnie rozmiażdżone w odgotowanéj wodzie, są uważane za orzeźwiające w chorobach zakaźnych, jak potówka, odra i błonica.

Jakkolwiek z winnikiem antymonu ludność perska zaczyna się powoli oswajać, to jednak zanim zdoła ocenić jego własności i w potrzebie tego tylko używać środka, dotąd posługuje się w celach wymiotnych proszkiem z korzenia i liści *Agrimonia crinifera*, którego należy użyć w dość znacznéj ilości, indywiduum długo musi walczyć z okresem nudności, zanim wreszcie otrzyma pożądany skutek, prawdopodobniej następujący przez wypicie kilku szklanek odwaru z liści morwowych (*Armoireira*), niż w następstwie przyjęcia proszku nieco podejrzanych własności.

Nie brak też i środków, które uważane za posiadające własności leczenia pewnych stanów chorobowych, podawane bez względu na dawkę i okres cierpienia. Z téj kategoryi leków zacytuję: *Cynara* (Kungir) w ogólnéj wodnéj puchlinie; *Polygonum* (Leflala), *Arctium* (Arachitun), *Borrago* (Lesantur), w rozedmie płuc; *Ruta* (Sendyb), *Artemisia* (Suella) jako namaciczne; *Mandragora* (Ustreg) ku podniecenin narządu płciowego u mężczyzn; *Inula* (Uzulud), *Hudelotia* (Mukal), *Berberis* (Amir-bariz), *Arbutus uva ursi* (Enab-dib) jako napotne; *Symphytum* (Erk-etgabar), *Cynoglossum* (Lessan), korzeń z *Convonvulus turpetum* (Turbelt), *Serpentaria* (Lufarkat), nasienie z *Andropogon* (Gangria) podawana w długotrwałych nieżytach płuc i w suchotach; napar z liści *Delphinium* (Zabib), proszek z nasion *Agrimonia ulex* (Cafil), odwar z korzeni *Aristolochia* podawane w chorobach sercowych, bez względu czy takowe mają charakter wad ustrojowych, czy też są nabyte. Daléj w zapaleniach otrzewny, w dość tu częstych niedrożnościach jelit podają wyciągi z *Tussilago* (Bosz-met), odwary z *Hysopus* (Infa) i *Ulmus* (Dirmer). W leczeniu chorób kobiecych, będącém tylko wyłącznym przywilejem doświadczonych matron, odgrywają znowu wielką rolę g a ł k i g a l a s o w e (Afis-mazy), *Galbanum* (Beerzud), *Inglans* (Akerut jowz), *Secale* (Honlat gauder) *Rhamnus* (Ataklin), z których drogą i sposobami znajomemi tylko samym doradczyniom, przygotowują się wyciągi lub nastoje, odwary, proszki lub powidełka, podawane na ślepo, a zatem i zawodzące najczęściéj oczekiwane rezultaty.

O ile jednak ilość leków otrzymywanych z ziół jest tu bardzo znaczną, o tyle znowu korzystanie z własności leczniczych pewnych metali, mogę powiedzieć, że jest tu prawie zupełnie pomijane. Wspomniałem już, czém doradzcy tutejsi zastępują tak niezbędny winnik antymonu i z jak niezwykłą obojętnością pomijają przetwory żelaza i siarki, na których przyjęcie rzadko tu się kto zgodzi, pozostając stale w głębokiém przekonaniu, że tylko soki roślinne posiadają istotne własności lecznicze. Jednakże przeglądając perskie składy materyjałów aptecznych, choć nie wszędzie udało mi się jednak odkryć następujące metale, ich połączenia lub przetwory. R t ę ć (*zibbak*) jako metal lub zarobiona z łojem, to środek znany i w Persyi, jako najodpowiedniejszy w leczeniu kiły (*kuft*). To jednak pospieszę dodać, że jeżeli ogół cierpień wewnętrznych leczą lekarze, to kiłę mogą leczyć tutejsi domorośli cyrulicy, a to z powodu, że groźny ten stan zakaźny jest tu uważany za cierpienie tylko zewnętrzne i że jego pojawów i postaci następowych wcale się nie uwzględnia. Zupełnie inną jest znowu opinija ogółu o rzeżączce (*surenek*), którą uważa za cierpienie wewnętrzne; tutejsi aleopaci leczą ją wprawdzie, ale sposobem istnie weterynaryjnym. Parę gatunków żywic jak *Sagapenum* (z Terula persica) i *Oppoponax* (z Selinum oppoponax) zagotowane w serwatce, podają za napój i to stanowi podstawę tutejszego leczenia rzeżączki. Czy szczególnie dyjetetyczne zachowanie się chorych, czy też działanie

samych żywic wywiera tutaj widoczny wpływ, o têm trudno zadecydować. To tylko pewna, że przez używanie podobnéj serwatki cierpienie powoli ustępuje. Podrażnień szyjki lub zapaleń pęcherza nie zwykło się tu obserwować, jak również długotrwałych stanów rzeżączki, które są prawie nieznane w Persyi. Nic też dziwnego, że wspomniana choroba panuje tu wszechstronnie. Bo ogół przekonany o posiadaniu łatwo dostępnego leku, żartuje sobie z nieżytu cewki moczowéj, jak tu nazywa rzeżączkę, uważa ją nawet za coś higijenicznego i pomija wszelkie ostrożności, jakiemi należałoby otoczyć zródła sprzyjające szerzeniu się choroby.

Daléj w liczbie używanych tu leków figuruje azotan potażu (Szora), często używany jako środek przeciwkrwotokowy, napotny, moczopędny i działający z pewnym skutkiem w zapaleniach płuc i opłucnéj, i w nagromadzeniu się surowicy w jamie brzusznéj. Węglanu wapna (Gil-sefid) zamięszanego z mydłem, używają do opatrywania owrzodzeń rakowych i w parchu. A przy tworzeniu się kamieni w pęcherzu moczowym woda wapienna znajduje tu bardzo częste zastosowanie, pomimo że podawanie jéj nigdy nie bywa oparte na racyjonalnêm potwierdzeniu jakości utworów moczowych. Kwiat siarkowy (Gougryd) dzięki niezliczonéj ilości dotkniętych świerzbem jest tu każdemu znany, i tylko też w téj jedynie chorobie znajduje zastósowanie. Bo jakkolwiek dawni arabsko-perscy uczeni pozostawili dość przepisów do używania siarki i jéj połączeń, zalecając ją wyłącznie w długotrwałych gośccach, to widoczna że pózniejsze doświadczenia niepotwierdziły skuteczności tyle zachwalanego leku, do tego nawet stopnia, że dzisiejsi Persowie pewnym wstrętem wspominają o siarce, uważając ją za środek odpowiedni dla Kurdow ku odwietrzaniu ich brudnych lepianek, nigdy jednak nie zasługujący na nazwę leku stosownego do wewnętrznego użycia. Przekonawszy się o pogardzie środka tak polecanego przez Awicennę i innych wschodnich „lokmanów“ znalazłem znowu dla siarkanu żelaza (Zunkavmadeny) niezwykłą przychylność tutejszych doradzców. Jest to bowiem jedyne z połączeń żelaza, w którego własności wzmacniające wielu tu wierzy. Tam jednak gdzie niedokrewność i bladaczka dominują w patologii kobiecéj, należało by się spotkać z daleko znaczniejszą ilością leków żelazistych. Ograniczono się jednak do jednego, i ten podawany jedynie w pigułkach zarobionych z konfiturą ogórkową, znajduje tu dość obszerne zastosowanie, pomimo że nim żołądek przyzwyczai się do jego strawienia, tak leczący jak i chory długo muszą czekać, nim otrzymają pożądany rezultat. Niemało się też zdziwiłem, gdy propagując potrzebę obszerniejszego zastosowywania połączeń żelaza, spotkałem u tutejszych lekarzy istotną obawę częstego podawania tyle cenionych przetworów tego metalu. Sądzę jednak, że ta obawa opiera się jedynie na braku dobrych preparatów i na niedostatecznéj znajomości ich własności leczniczych i działania fizyjologicznego. Z połączeń miedzi (Miz) w handlu perskim znajduje się tylko octan, którego kryształki rozpuszczone koniecznie w wodzie pomarańczowéj, stanowią lek używany w długotrwałych zapaleniach oczu, lub też służą do przygotowania maści i plastrów znajdujących tu bardzo wielkie wzięcie. W liczbie tych ostatnich zasługują na wzmiankę używane do ich zarόbki przetwory ołowiu (Murdar-kong), które jakkolwiek dotąd niedoprowadziły perskich handlarzy leków do posiadania choćby pospolitego zlepca, to jednak jako octan wchodzą w skład maści używanéj do opatrywania owrzodzeń rakowych. Wreszcie najbardziéj popularnym jest tu hałun (Szap), o którego stanowczych własnościach decydują głównie kobiety, używając go w cierpieniach narządu płciowego, w krwotokach macicznych i w celu usunięcia zziarnień na błonie śluzowéj pochwy. Posługują się nim także jako środkiem wymiotnym, podając go w dawkach bardzo znacznych, bo dochodzących często do sześciu gramów. Podobne dawki, a niekiedy i większe podawają chorym na ślinotok, wywołany nadużyciem rtęci w leczeniu kiły. Daléj zwitków waty zmoczonych w rozczynie hałunu używają do wkładania między wargi sromne po dokonanêm obrzezaniu dziewcząt. A w tak tu częstych przypadkach oparzeń i długotrwałych wrzodach na goleniach proszek hałunu lub jego rozczyn w tym lub owym odwarze ziołowym służą do okładów i następowych opatrywań.

Powyższy przegląd główniejszych środków leczniczych perskich nie jest wyrazem całéj terapii tutejszéj. Bo ani na chwilę nie wątpię, że istnieje wiele jeszcze innych leków, których niemogłem odszukać w bezładnych sklepikach tutejszych. Należy się też spodziewać, że z biegiem czasu gdy wykłady chemii w szkole lekarskiéj w Teheranie nabędą istotnie naukowego znaczenia, a rząd nie przestanie popierać pracy pilniejszych uczniów, kwestyja leczenia się i leczących wejdzie na racyjonalne tory, i dzisiejsze sklepiki materyjałów aptecznych przeobrażą się w porządniejsze zakłady, mogące dostarczyć, uzupełnić i przechować to, czego dziś niedostaje chętnéj leczenia się ludności perskiéj.

Po przedstawieniu jednego z działów swojskiéj medycyny perskiéj zrozumiałem dopiero, że jéj ocenienie, ażeby było zupełnêm i wolnêm od stronniczości, (jaką się zwykle przypisuje każdemu cudzoziemcowi sądzącemu o miejscowych stosunkach) powinno być poparte choćby tylko pobieżną wzmianką o jednéj z piękniejszych gałęzi naszego fachu, mianowicie o zapatrywaniu się na ogół przypadków chirurgicznych i ich typowe leczenie. Stara i utarta dewiza, że: zręczny chirurg najprzód powinien być zdolnym lekarzem, wcale nie da się zastosować do perskich stosunków. Dość jest na to przypomnieć sobie, jaki jest ogół leczących w Persyi, ażeby wytłumaczyć powód, dla czego w całym kraju niepodobna odszukać choćby jednéj osobistości uprawiającéj chirurgiję z pewną przynajmniéj ścisłością. Tam bowiem, gdzie cała uwaga i staranność doradzców ześrodkowuje się li tylko do leczenia cierpień wewnętrznych, gdzie stany chorobowe należące do zakresu chirurgii uważa się za rzecz przypadku, tam oczywiście niepodobna się spotkać z przykładami leczenia lub operowania racyjonalnego. Wymagane od chirurga specyjalne wykształcenie, zręczność, a niemniéj téż i delikatność w chwili dokonywanego rękoczynu, nie są wcale zgodne z ociężałym charakterem tutejszego Persa lub Kurda, których ręka nie zadrży wprawdzie przy podawaniu trucizny, oko nie chybi, gdy nienawiść lub zemsta popchną do wetknięcia kulki lub dania śmiertelnego cięcia przeciwnikowi, lecz za to wszystko zawiedzie, gdy iść będzie o danie pomocy rannemu lub leczenie przypadków chirurgicznych, traumatycznych czy téż patologicznych. Przy takiém usposobieniu charakteru, wstrętu, jakim się cechują tutejsi doradzcy do przypadków przechodzących granicę cierpień wewnętrznych, nie mogę sobie wytłumaczyć czém innêm, jak tylko stopniem zniewieściałości współczesnego nam pokolenia dawnych Partów i Medów. Bo o ile da się sięgnąć myślą w przeszłość tych ludów, co krok spotykamy się tam z niejednym pięknym faktem przekonywającym o energii i wytrwałości, nieraz

z licznemi przykładami dokonanych rękoczynów chirurgicznych, wprawdzie podług ówczesnych zasad, niemniéj jednak do dziś dnia zdumiewających ścisłością swego wykonania i następowego leczenia. Obecnie, pomimo, że nigdy tu nie brakowało materyjału chirurgicznego, że Pers chętnie się poddaje rękoczynom, mogącym go uwolnić od przykrego i długotrwalego cierpienia, to jednak nietylko chirurgija perska, ale nawet właściwe ich cyrulictwo stoją tu na najniższym stopniu. A jednak ileż to tu nie już ciekawych a tylko prawdziwie rzadkich przypadków chirurgicznych, nadających się do operacyj, spotykałem co chwila. Ileż odmian ran postrzałowych, pchnięć hanczarem, ran ciętych, strzaskań kości, zwichnięć, przepuklin, zapaleń stawów (jeżeli się tylko do téj ograniczę wzmianki) przesunęło się przedemną obok innych cierpień chirurgicznych, wymagających głębszych operacyj. Materyjał niezmierny, niezużytkowany jednak ani przez swojskich cyrulików, a co gorsza, że i pomijany przez wykształceńszych wychowańców szkoły lekarskiéj. Z liczby zaś tych ostatnich jeden tylko mirza Mohamed, mój chwilowy towarzysz w pogonce za dżumą, oddaje się chirurgii z pewném zamiłowaniem. Lecz i on obrawszy sobie za pole działania cierpienia przewodu moczo-płciowego, choć dość zręcznie zaprowadza zgłębnik i uwalnia swych chorych od kamieni moczowych, to jednak w technice swéj pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Inni, pomimo, że oddawali się czas jakiś tłumaczeniu klasycznych dzieł chirurgicznych, to jednak ograniczyli się tylko do teoryi, przenosząc widocznie szukanie dostępnego dla myśli nad leczenie pojawów bardziéj charakterystycznych w nieprawidłowych stanach cierpień zewnętrznych. (Dok. nast.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Z VI. międzynarodowego kongresu higijenicznego we Wiedniu.

Hueppe (Wiesbaden). **Jaki zachodzi związek pomiędzy wodą sprowadzaną a powstawaniem chorób zakaźnych, i jakie ztąd należy wysnuwać wnioski dla higijeny?**

Obniżenie ogólnéj śmiertelności, do jakiéj w ostatnich latach usiłowania doprowadziły, należy niezaprzeczenie przypisać ogólnym hygijenicznym ulepszeniom i urządzeniom. Jako typ chorób, które są podstawą referatu tego, uważa dur brzuszny, o którego związku z zaopatrywaniem miast we wodę wszyscy wiemy. Z żalem jednak przyznaje H., że pod tym względem niema do dyspozycyi wielkich i licznych statystyk ani wiele dokładnych dat. Może tylko uwzględnić niektóre niemieckie miasta, w czasie od 1877 do 1885. W miastach dziesięciu (Strassburg, Baden-Baden, Cannstadt, Quedlinburg, Halberstadt, Aachen, Beyreuth, Solingen, Neisse, Augsburg) śmiertelność z duru zmniejszyła się po zaprowadzeniu należytéj kanalizacyi i wodociągów W tym samym czasie 17 miast innych nie miało ani kanalizacyi ani wodociągów; w dwunastu z nich śmiertelność z duru się zmniejszyła, podczas gdy w pięciu się podniosła. W 21 miastach nie zaprowadzono co do wody żadnych zmian, ale zato uporządkowano kanalizacyję, w 16tu z tych miast śmiertelność z duru się pomniejszyła, w pięciu się powiększyła. W dalszym ciągu swego referatu zastanawia się H. nad dobrocią i jakością wody sprowadzanéj, i przychodzi w końcu do następujących wniosków:

1. Na pytanie postawione w referacie nie można dać rozstrzygającéj odpowiedzi, porównywając śmiertelność z duru (lub cholery) lub chorobliwość w miastach z wodociągami i kanalizacyją lub bez nich, przed zaprowadzeniem ich lub potém.

2. Podczas niektórych epidemij na obszarze zaopatrywanym w wodę wodociągami mimo to rozszerzają się choroby zakaźne.

3. Rozstrzygającém byłoby, gdyby można wykazać zakażenie wprost za pomocą wody, a gdyby zamknięcie podejrzanego źródła wody sprowadziło i wygaśnięcie epidemii w ciągu znanego czasu wylęgania się choroby.

4. Jako pewnik można uważać, że cholera i dur przenoszą się i rozszerzają za pomocą potraw, szczególnie dur przez mleko. To zdaje się przemawiać za tém, że i przez wodę można się zarazić.

5. Wykazano wprawdzie mikroorganizmy chorobotwórcze podczas niektórych epidemij we wodzie, ale przezto — nigdzie — wyjąwszy spostrzeżenie Kocha odnoszące się do obecności prątków cholery w wodzie (tanks) pod Kalkutą — nie wykazano wprost zależności wystąpienia i przebiegu epidemii od używania téj wody. Bakteryje wykrywano zwykle po skończonéj epidemii.

6. Należy się więc starać o usunięcie możliwych sprzyjających okoliczności, dlatego poleca Hueppe:

Należy studnie za pomocą nieprzepuszczalnych ścian sięgających aż do dna jéj do wody zaskórnéj ochronić od dopływu wody z zewnątrz spadającéj; a robić je w ile możności jak największém oddaleniu od wychodków i t. p. Należy się starać o zastąpienie studni zwykłych wodociągami. Woda sprowadzona za pomocą wodociągów powinna się naturalną drogą (przez ziemię) oczyszczać z domieszek, a powinna wypływać na wierzch jakby ze źródła odkrytego. Trzeba się starać, aby woda wciąż była w ruchu, nie zbierała się, żeby niebyło zastoju. (*Wiener med. Blätter*). *H. K.*

Port: **O zmniejszającéj się śmiertelności z duru brzusznego.**

Wielu już lekarzy z wielu okolic Niemiec, ogłosiło w różnych czasopismach, że liczba umierających na dur brzuszny jest dla Niemiec z każdym rokiem mniejszą. P. to samo na wstępie rozprawy zaznaczając, dodaje zaraz, że owo zmniejszanie już od trzydziestu lat się datuje. Opiera się głównie dla poparcia swego zdania na datach podanych z urzędu zdrowia dla Bawaryi. Przytoczymy tu tylko niektóre cyfry:

w roku 1857/58	— 101	w roku 1871	— 81
„ „ 1860/61	— 95	„ „ 1872	— 63
„ „ 1863/64	— 70	„ „ 1876	— 41
„ „ 1865/65	— 88	„ „ 1878	— 30
„ „ 1869/70	— 59	„ „ 1881	— 25
		„ „ 1882	— 21
		„ „ 1883	— 23

W r. 1871 liczba ich się podniosła, bo był to rok po wojnie francusko-niemieckiéj, a wiele bardzo chorych na dur przywieziono do Niemiec. Statystyka ta oblicza przypadki śmierci z duru dla Bawaryi na 100.000 ludzi. Na podstawie drugiéj tabeli wcale dokładnej wykazuje P., że nawet zmniejszała się liczba ich od 30 lat wstecz we wszystkich okręgach. Jak się zachowuje ilość zmarłych z duru do ilości zapadłych na tę ciężką chorobę, nie można z list cywilnych wywnioskować, za to przysłużyła mu się do rozstrzygnięcia tego pytania statystyka wojskowa od 1868 prowadzona, dla któréj tylko dat brakuje z roku wojennego 1870/71.

Wyjmujemy także tylko niektóre daty:

Rok	Chorych na dur było	Umarło	na odsetki
1868	2732	519	19.0
1869	1920	332	16.3
1870 pół.	832	139	16.7
1872	2789	437	15.7
1877/78	1671	182	10.9
1878/79	1674	169	10.1
1880/81	2064	205	9.9

widoczna więc, że nietylko śmiertelność ale i chorobliwość na dur brzuszny w Niemczech się zmniejsza i to szczególnie od ostatnich dwóch dziesiątków lat. Widocznie więc także, że warunki rozwoju prątków durowych się pogarszają, są dla nich niekorzystne, z każdym dniem gorsze, a przypisać to należy ulepszonym stosunkom higijenicznym; z drugiéj strony nie da się zaprzeczyć, co już Ziemssen o cholerze powiedział, i na niéj wykazał, że choroby zakaźne z biegiem czasu stają się łagodniejsze. I rzeczywiście, mówi P., rzadko napotyka się teraz na stole sekcyjnym dobrze zbudowanego i odżywionego człowieka z bardzo nabrzmiałemi gruczołami krezkowemi a dopiero co rozpoczynającem się zastrupieniem gruczołów Peyera, którego dur już w 12 dniu choroby zabił. Prawda także, że inne jest obecnie zachowanie się dyetetyczno-lekarskie z naszéj strony w obec téj choroby, ale też i jad już obecnie nie taki jest złośliwy. W dalszym ciągu udowadnia wyciągiem z dzieła Griesingera, wyszłém jeszcze w r. 1857, że niesłusznie uważamy Branda za twórcę nowoczesnéj terapii durowéj, który z nią przed świat lekarski wystąpił dopiero w r. 1861 w dziele swojem „O hydroterapii duru“.

(*Münchener med. Wochenschrift. 36. 1887*). *H. K.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 października. P. Minister Oświecenia zezwolił na zaprowadzenie w Uniwersytecie lwowskim wykładów anatomii i fizyjologii. Wykłady anatomii opisowéj rozpoczną się już w tym roku, a wykładać będzie prof. Kadyi; asystent zaś prof. Cybulskiego, Dr. Gustaw Piotrowski, otrzymał stypendyjum w kwocie 1,200 zła. celem dalszego kształcenia się za granicą.

W tygodniu przeszłym p. Minister Gautsch odwiedził u nas zakład fizyjologii, klinikę pedyjatryczną, chirurgiczną, okulistyczną i położniczą, zakład anatomii patologicznéj, chemii lekarskiéj i medycyny sądowéj, a wreszcie anatomii opisowéj.

* Zjazd higijeniczny w Wiedniu zakończył się. Zanim zdamy sprawę z poszczególnych wykładów i rozpraw, uzupełniamy chronologiję Zjazdu. We wtorek d. 27 odbyły się posiedzenia sekcyjne; wieczorem odbyło się przedstawienie w operze; we środę d. 28 przyjęcie u dworu i demonstracyja mikroskopu elektrycznego w zakładzie prof. Strickera; we czwartek d. 29 wycieczki i oglądanie zakładów w Wiedniu; w piątek d. 30 września posiedzenia sekcyjne; w sobotę 1go bm. posiedzenia sekcyjne i wycieczka na Kahlenberg; w niedzielę d. 2 b. m. ostatnie posiedzenie ogólne w auli uniwersyteckiéj, na którém po wykładach prof. Corradego i prof. Inama-Sternegga obwieszczono, że Zjazd VII odbędzie się w r. 1891 w Londynie i że wybrano komitet stały, w skład którego wchodzą: Brouardel (Paryż); Corfield (Londyn), Dobrosławin (Petersburg), Gruber (Wiedeń), Mosso (Turyn), Murphy (Londyn), Gross (Wiedeń) i Billing (N. York). Wieczorem odbyła się biesiada w salonach kurparku; członkowie Zjazdu po największéj części już poprzednio poopuszczali Wiedeń, jedni udając się do Budapesztu, drudzy do Abbazii.

* **Wiedeń**. Lekarze powiatowi z rozmaitych krajów koronnych, którzy przybyli na Zjazd higijeniczny, zebrali się d. 30 września celem naradzenia się nad petycyją do Rady państwa wystosować się mającą o polepszenie doli państwowych urzędników zdrowia. Zebrało się pod przewodnictwem radzcy zdrowia Dra Witlacila 46 lekarzy, a jeden z lekarzy powiatowych galicyjskich (Dr. Krasicki) zabrał głos, celem zwrócenia uwagi, że lekarze powiatowi galicyjscy początkowali w téj sprawie, że jednak skutku spodziewać się można tylko wtedy, jeżeli starania ich poparte zostaną przez lekarzy powiatowych wszystkich krajów koronnych. Zgodzono się na wystosowanie petycyi, w któréj należy położyć nacisk na dwa wymogi: 1) W przyszłości mają być tylko dwie kategoryje lekarzy powiatowych, z których $^1/_3$ mają mieć 8ą a $^2/_3$ 9tą rangę dyjet. 2) Lekarze powiatowi drugiéj kategoryi po 15 letniéj służbie przechodzą do kategoryi pierwszéj. Do ułożenia petycyi wybrano komitet, w skład którego z Galicyi wchodzą: protomedyk Biesiadecki i lekarz powiatowy rzeszowski Dr. Barzycki.

* **Praga czeska**. Dr. Andrzej Obrzut, uczeń Uniw. jagiellońskiego, znany z prac ogłoszonych w pismach czeskich i w *Przeglądzie Lek.*, potwierdzony został przez Ministerstwo Oświaty jako docent prywatny anatomii patologicznéj w Uniw. czeskim. Kształcił on się pod kierunkiem prof. Hlavy, jednego z najzdolniejszych i najpracowitszych profesorów czeskich, który sam był uczniem Klebsa i Cohnheima. Prof. Hlava, którego mieliśmy przyjemność poznać osobiście na Zjeździe wiedeńskim, z wielkiém uznaniem wyraża się o pracowitości i uzdolnieniu rodaka naszego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kazań**. Prof. okulistyki Adamiuk przechodzi w stan spoczynku a katedrę jego ma objąć Dr. Michał Reich, okulista okręgu wojskowego kaukaskiego. — **Charków**. Opróżnioną skutkiem przeniesienia się do Petersburga prof. Anrepa katedrę medycyny sądowéj otrzymał docent petersburski Dr. W. Patenko. — **Kijów**. Dr. Podwysocki młodszy w charakterze docenta prywatnego obejmuje wykłady patologii ogólnéj po prof. Chrząszczewskim. — **Bukareszt**. Prof. Babes z Budapesztu pod bardzo korzystnemi warunkami powołany został na katedrę histologii i bakteryjologii.

Nekrologija. Langenbeck umarł! Te słowa smutkiem napełnią każdego lekarza. Gdziekolwiek medycyną się trudnią, u wszystkich ludów cywilizowanych imię jego znane i wielce szanowane. Tém większy żal ściska serca chirurgów, z których znaczna część opłakuje śmierć swojego nauczyciela. A kto z nas bliżéj go znał, będzie bolał nietylko nad stratą wielkiego chirurga, ale niemniéj wielce zacnego człowieka. Rzadko znaleźć uczonego jemu podobnego, zawsze grzecznego i zawsze skorego do usług. Z równą uprzejmością i grzecznością pouczał najmłodszego akademika o pierwszych początkach chirurgii, jak rozmawiał z doświadczonymi kolegami o zawiłych zagadnieniach. Jako lekarz był dla chorych prawdziwie niezrównanym dobrodziejem: najuboższemu choremu szukającemu bezpłatnéj pomocy w jego poliklinice udzielał rady z tą samą niewymowną grzecznością, jak najmajętniejszym chorym w swéj praktyce prywatnéj. Jedném słowem był to prawdziwy gentelman w najlepszém tego słowa znaczeniu; cechą jego osobistą była niezrównana grzeczność i uprzejmość dla każdego. Obok największego uczonego podziwialiśmy w nim i najlepszego człowieka. Nie jest on téż nieznany naszym kołom polskim; wychował dość znaczny zastęp lekarzy Polaków i zawsze odznaczał się pewną życzliwością dla nas, czego nie o wszystkich uczonych w Prusiech powiedzieć można —, a daléj nie jeden z naszych chorych szukał u niego pomocy i często ją znajdował. Oceniać jego naukowéj działalności nie potrzebujemy, bo prace jego są w pamięci wszystkich, a tak liczne, że wyliczanie ich zabrałoby za wiele miejsca i trudno byłoby sporządzić na prędce spis ich dokładny. Dosyć powiedzieć, że jego nauka opanowała i nacechowała ruch naukowy chirurgii w Niemczech od lat 20u i czego on nie zrobił, tego dokonali jego uczniowie. Brał on téż aż do ostatnich lat żywy i czynny

udział w pracach naukowych, a jeszcze przed trzema laty wygłosił wykład *Zwei Fälle von spina bifida* na Zjeździe chirurgów w Berlinie, któremu wtenczas po raz ostatni przewodniczył. W dwóch ostatnich latach nie mógł już brać udziału w tych zjazdach, członkowie atoli uznając wielkie jego zasługi właśnie około tych zjazdów uprosili go, aby zatrzymał honorowe prezesostwo, spodziewając się jeszcze na ostatnim kongresie, że po szczęśliwie przebytéj operacyi katarakty będzie mógł przyszłemu zjazdowi przewodniczyć. Niestety śmierć zniszczyła tę nadzieję, jak wiele innych.

Na zakończenie podajemy niektóre daty biograficzne: Bernard Langenbeck urodził się dnia 9/11 1810 w Horneburgu, w r. 1835 otrzymał stopień doktora w Gietyndze, tamże habilitował się i później mianowany został profesorem nadzw. W r. 1842 powołany do Kiel jako prof. zwyczajny, w r. 1848 był naczelnym chirurgiem w wojnie z Daniją, poczém mianowany został następcą Dieffenbacha w Berlinie. W r. 1864 był jeneralnym lekarzem w wojnie z Daniją, po ukończeniu któréj otrzymał szlachectwo pruskie. Tak samo brał udział jako lekarz naczelny w wojnach 1866 i 1870/71. W r. 1882 przeszedł na stan spoczynku, mianowany rzeczywistym tajnym radzcą i zamieszkał w Wiesbadenie. *L. R.*

W Berlinie umarł nadzw. prof. polikliniki lekarskiéj Dr. Józef Meyer, b. asystent Schönleina i Frerichsa w 70ym roku życia. — W zakładzie dla obłąkanych w Inzersdorf pod Wiedniem umarł w 43 roku życia docent prywatny z Budapesztu Dr. Łazarz Wittmann. — W Genui umarł z udaru mózgowego jeneralny lekarz wojskowy Paweł Macchiavelli w 62 roku życia, a w Neapolu dyrektor szpitala della Pace Dr. Ricco.

Redakcyja otrzymała:

Prof. FALK: Ueber einen Fall von Kindsmord (Odbitka z *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.* XIV, 1) in 8vo str. 7.

Dr. Odo BUJWID: Metoda Pasteura (Odbitka z *Gazety Lek.*) Warszawa 1887, in 8vo str. 34.

E. CHAZEAUD: Études cliniques sur le morrhuol, Paris 1887, in 8vo str. 56.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę drugiego asystenta przy katedrze fizyjologii z płacą 600 złr. rocznie.

Podania wnieść należy najdaléj do dnia 10 Października br. na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 1 Października 1887.

L. 1284.

KONKURS.

W miasteczku Kopyczyńcach, powiecie Husiatyńskim, jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z pensyją roczną 100 złr. w. a. i dochodami z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego i zwłok zmarłych.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Podania wnieść należy na ręce Zwierzchności gminy najdaléj do 15 Października.

Kopyczyńce dnia 18 Września 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 15 Października 1887. Nr. 42.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach.

Wykład wstępny Prof. Dra Rydygiera.

Panowie! Z sercem radości pełném przybywam do Was, żeby zająć miejsce najzaszczytniejsze, jakie osiągnąć może człowiek nauce się poświęcający, miejsce profesora Uniwersytetu. Zaszczyt to dla mnie tém większy, gdyż przypadła mi w udziale katedra naszéj prastaréj wszechnicy Jagiellońskiéj, z któréj od wieków światło wiedzy rozpromieniało się nie tylko na nasze rodzime ziemie, lecz i daleko po za szerokie granice naszéj ojczyzny. Ztąd dla mnie pierwszy obowiązek wypowiedzenia najgłębszéj wdzięczności tak dla Najjaśniejszego Pana i Wysokiego Rządu, jak nie mniéj dla dostojnego grona profesorów Wydziału Lekarskiego, które uznało mnie godnym powołania na katedrę. Odznaczenie tą wysoką godnością nie jest atoli jedyną, ani nawet najgłówniejszą przyczyną méj radości. Nie, przyczyny jéj głębszéj szukam gdzieindziéj. Szczęściem prawdziwém nazywam, iż powrócić mogę do ulubionego zawodu nauczycielskiego i z całą swobodą poświęcić wszystkie moje siły uprawianiu wdzięcznéj nauki chirurgii, iż żywém słowem mam ją wpajać Wam, Panowie, i to w języku ojczystym. Pojmiecie Panowie radość moją wiedząc, że przybywam z téj części naszéj ojczyzny, gdzie myśl i słowo polskie poniekąd za zbrodnię poczytują. Ten tylko, kto żył w tamtejszych stosunkach i zna je, umie dobrze ocenić, jakiego szczęścia my tutaj używamy; pojmie dokładnie, jak ważnym warunkiem dla rozkwitu nauk jest swoboda słowa ojczystego. Chociaż bowiem nauka jest międzynarodową, to nie mniéj jest rzeczą pewną, że tylko uprawiana na gruncie swojskim i w języku ojczystym może się należycie rozwijać i wydawać bujne owoce. Na nas więc ciąży obowiązek podwójny, żeby i za siebie i w części za braci naszych uprawiać pilnie niwę naukową na swojskiéj podstawie i w swojskim języku, żeby pracą samodzielną dobić się uznania i znaczenia w rodzinie ludów cywilizowanych, jak to już nastąpiło np. w dziedzinie sztuk pięknych, właśnie dzięki pracy i zabiegom podjętym przeważnie tu w Krakowie. Biorąc z tego przykład należy i nam w nauce chirurgii nie naśladować ślepo ani téj ani owéj szkoły, ale korzystając rozumnie ze zdobyczy naukowych różnych narodów starać się, o ile sił naszych, o samodzielność i zajęcie poczesnego stanowiska w powszechnym ruchu naukowym. Program ten wykonać może tylko wspólna praca wszystkich chirurgów polskich. A i Wy, Panowie, jako przyszli współpracownicy wielce się przyczynić możecie do jego urzeczywistnienia, starając się teraz pilnie i godnie przysposobić do przyszłego zawodu. Mam więc już nie nadzieję, ale pewność zupełną, że do pracy téj Panowie pospieszycie nie tylko z młodzieńczym zapałem, bo tego nigdy nie brakło, ale z męzką wytrwałością i poprzecie moje usiłowania głębokiém zamiłowaniem do tak twardego wprawdzie, ale i wielce zaszczytnego zawodu, jakim jest przyszły Wasz zawód — zawód lekarza.

Część nauki lekarskiéj, którą nam tu powierzono, nie najpośledniejsze miejsce zajmuje w tym przyszłym Waszym zawodzie; jaką drogą ją ogarnąć i przyswoić sobie najłatwiéj i najdokładniéj, postaram się wyjaśnić w dzisiejszym wykładzie. Zajmiemy się więc pytaniem, jaką być powinna nauka chirurgii, aby odpowiadała postępom naszych czasów i uczyniła przyszłego lekarza zdolnym do wypełnienia wielkich ale słusznych wymagań.

Wiecie Panowie wszyscy o wielkich postępach, jakie zrobiła chirurgija w ostatnich 15stu latach, o tych postępach tak olbrzymich i tak świetnych, że nawet nielekarzy uderzyły niebywałemi dotąd wynikami. Rozwój ten chirurgii szybki i zadziwiający, który nie przypadł jéj szczęśliwym trafem, niby skarb mimochodem znaleziony, lecz jako owoc pożywny, wyhodowany znojem i wytrwałą pracą wielu i najznakomitszych przedstawicieli nauki lekarskiéj, zdobył nowe pola dla jéj działania i większe znaczenie nie tylko w nauce, ale

i w życiu praktycznem. Wzrost zaś ten chirurgii tém samém nie tylko zachęca, ale domaga się natarczywie od Was Panowie pilnego i gorliwego zajęcia się tą piękną i wdzięczną gałęzią nauki lekarskiéj, którą lekarz, aby sprostać wymaganiom naszych czasów, powinien nie tylko pobieżnie znać, ale i sam pielęgnować. Nie myślę bynajmniéj żądać od Panów, żebyście uprawiając naukę chirurgii zapomnieli o medycynie wewnętrznéj i innych gałęziach nauki lekarskiéj. Nie odpowiadałoby to ani przyszłemu Waszemu zawodowi, ani na dobreby nie wyszło nauce chirurgii saméj. Niedawno temu Bergmann dowiódł w świetnéj mowie, jak silnie mimo swych własnych olbrzymich postępów i olśniewających wyników chirurgija opiera się o medycynę wewnętrzną i jéj nauki pomocnicze i jak z nich ciągnie swe soki ożywcze. Bo też nie wystarcza dla operatora władać dobrze ostrzem noża i zgrabnie pokonywać trudności techniczne; nie wystarcza, żeby umiał podług pewnych zasad opatrzyć ranę, nie, wymaga się wiele więcéj od niego. Powinien wiedzieć, dla czego zadaje ranę i co spodziewa się w głębi znaleźć; powinien wiedzieć, dla czego rana przygotowana i opatrzona podług przepisu nie ulegnie zakażeniu; jedném słowem powinien znać nie tylko sam sposób postępowania, ale także przyczyny i istotę chorób, jakie ma usunąć. Na przykładzie lepiéj to poznacie. Otóż, wiecie zapewne Panowie, że do operacyi najwięcéj w naszych czasach wydoskonalonych na leżą przedewszystkiém laparotomije. Aby jednak laparotomiję wykonać, nie dość jest umieć przysposobić wszystko do niéj podług wszelkich prawideł antyseptyki, nie dość téż zręcznie otworzyć jamę brzuszną w saméj smudze białéj bez obrażenia jelit pod nóż nasuwających się, ale trzeba koniecznie znać wszelkie sposoby, jakich dostarcza badanie fizyczne, wykształcone przez medycynę wewnętrzną, aby poprzednio rozpoznać, jakiego rodzaju i jakiego przyrządu chorobę usunąć nam wypadnie. Dobrze do tego zapoznać się trzeba z używaniem stetoskopu, drobnowida i epruwetki, żeby sprostać wymaganiom chirurgii. Byłoby wprawdzie wygodniéj otworzyć żywot nożem i zobaczyć, co w nim jest za cierpienie i w jakim przyrządzie się mieści, licząc na bezkarność takiego postępowania w dzisiejszych czasach antyseptyki, ale często na tém źle wyszedłby chory, gdyż nieraz operujący znalazłby stan rzeczy taki, na który wcale nie był przygotowany, nieraz zupełnie niepotrzebną i bezcelową wykonałby operacyję, a piękna nasza nauka obniżyłaby się do rzemiosła. Nowoczesna chirurgija przez to, iż zapuszcza się coraz głębiéj i zdobywa sobie coraz nowe wawrzyny odsłaniając nożem nietykane dotąd narządy ciała ludzkiego, przejmuje zarazem obowiązek nauczenia się od medycyny wewnętrznéj jéj sposobów badania i rozpoznawania chorób, a od fizyjologii dokładnego poznania ich czynności. Tak więc z rozszerzeniem pola działania chirurgii powiększyły się nie tylko wymagania wiadomości specyjalnie chirurgicznych, ale nie mniéj nastała potrzeba dla chirurgów śledzić pilnie za postępami gałęzi pokrewnych. Chirurgija rozrastając się coraz bardziéj w naszych czasach i rozszerzając obszar swego działania, nie odpycha niewdzięczna swéj macierzy, medycyny wewnętrznéj, ani nie wypycha jéj z dawnego stanowiska, przeciwnie tém dokładniéj zbliża się do niéj i czerpie z jéj bogatego skarbca wiedzy, jak wdzięczna córa od dobréj matki bierze od niéj pełną garścią z zasobów nagromadzonych, ale nic jéj nie wydziera.

Uważałbym za wielką klęskę i cofnięcie się daleko wstecz, gdyby urządzono na powrót dawniejsze szkoły niby specyjalnie chirurgiczne, a więcéj golarskie, których niektórzy znowu się dopominają.

Nie sama bowiem choćby największa biegłość w technice znamionuje operatora, ani nie sama wprawa ręczna, aczkolwiek ważna, stanowi naukę chirurgii; ważniejszém jest poznanie przyczyn i istoty chorób chirurgicznych, dokładne ich rozpoznanie i uzasadnienie wskazania do operacyi. Dla tego też dzieli się nauka chirurgii, naturalnym porządkiem rzeczy, na część teoretyczną i praktyczną. Prawda, że w ostatnim czasie zaniedbywano nieco części pierwszéj prawie wszędzie, a na wykłady teoretyczne nie wielu chętnych słuchaczy uczęszczało, lecz zupełnie niesłusznie.

Chirurgija ogólna stanowi jednę z najważniejszych części nauki chirurgicznéj. Ma ona zapoznać przyszłego lekarza z całém zadaniem chirurgii, z istotą i przyczynami chorób chirurgicznych, z ogólnemi ich cechami i rozpoznawaniem, a w końcu i z ich leczeniem. Chirurgija ogólna wprowadza w studyjum najważniejszych zagadnień chirurgicznych, obejmuje naukę o ranach, o sprawach zapalnych, o gorączce i o nowotworach dając nie tylko ogólny pogląd na te sprawy, ale i naukową dla nich podstawę. Kto więc tę część nauki dokładnie poznał i zupełnie sobie przyswoił, ten nie tylko łatwiéj pojmie wykłady kliniczne, ale podobnie i późniéj, kiedy wystąpi w praktyce i samodzielnie pracować będzie, nie zaskoczy go nieporadnego jakiś rzadszy przypadek, którego w czasie krótkiego swego pobytu w uniwersytecie może w klinice nie widział. Za pomocą przejętych i przetrawionych w umyśle ogólnych zasad z łatwością ułoży sobie plan postępowania i w przypadkach niezwykłych. Kto bowiem nauczył się, jak oceniać rany i ich doniosłość w ogóle, jak je opatrzyć, kto wie, na czém polega dobry opatrunek, dla czego ranę tak a nie inaczéj przysposobić należy, żeby zapobiedz jéj zakażeniu i zabezpieczyć pewne jéj zagojenie bez zaburzeń, ten za pomocą ogólnych swych wiadomości, nieco rozwagi i pewnéj zręczności nie tylko dobrze zaopatrzy nieznaczną powierzchowną ranę, ale, tego jestem pewny, ten nie może źle zaopatrzyć rany ciężkiéj, niezwykłéj, choćby nieszczęśliwym trafem może ani razu nie widział opatrzenia podobnego przypadku w klinice.

Jednakowoż jasną jest rzeczą, że ten, kto się nauczył choćby tylko teoretycznie, jak sobie postąpić w każdym poszczególnym przypadku, prędzéj, dokładniéj i z większą pewnością załatwi sprawę. I otóż mamy powód, aby nie zaniedbywać teoretycznych wykładów chirurgii szczegółowéj. Wprawdzie nie można w tak krótkim czasie, jaki jest przeznaczony na te wykłady, wyczerpnąć całego obszernego przedmiotu chirurgii szczegółowéj, mianowicie w dzisiejszych czasach tak bogatych w nowe na tém polu zdobycze. Ktoby chciał choć w części zadaniu temu sprostać, musiałby rzecz bardzo pobieżnie przedstawić, podać nieomal tylko suchy wyciąg, a raczéj spis rozdziałów, coby słuchających więcéj znużyło, niż pouczyło. Za najodpowiedniejsze przeto uważam wykłady z pewnych naukowo lub praktycznie ważniejszych rozdziałów chirurgii szczegółowéj, które dokładnie omówione mogą dać jasny obraz pozostający na całe życie w umyśle słuchaczy.

Może mi kto odeprze, że takie wykłady teoretyczne chirurgii ogólnéj i szczegółowéj są niepotrzebne, gdyż wygodniéj można w domu tego samego z książki się dowiedzieć. Nie bez przyczyny zarzut ten podnoszę, bo wiem, że takie mniemanie jest daleko i szeroko rozpowszechnione.

Żywe słowo jednak zawsze inaczéj utkwi w pamięci, niż czytane i inny wpływ wywrze, a przynajmniéj wywrzeć powinno, niż litera martwa. Nie raz, ale kilkakrotnie słuchałem z największą przyjemnością nie tylko jako akademik, ale i jako ukończony lekarz i asystent wykładu chirurgii ogólnéj wygłaszanego rok w rok z nadzwyczajnym talentem i niezrównanym darem wymowy przez nieodżałowanego mego nauczyciela śp. Huetera. Nie wielu, a bodaj żadnemu z żyjących chirurgów z nim się mierzyć co do wymowy, a têm mniéj mnie; tyle tylko zaręczyć w téj tak uroczystéj dla mnie chwili mogę, że jak w wielu innych sprawach, tak i pod tym względem usilnie starać się będę wejść w jego ślady. Szczęśliwy byłbym, gdyby mi się udało choć cząstkę tylko tego zamiłowania do naszéj specyjalnéj nauki u Was, Panowie, rozbudzić, jakie on wpoić potrafił licznym swoim słuchaczom. Bo też nieograniczał się do tego, aby czarować nas swą wymową, lecz teoretyczne wykłady urozmaicał licznemi demonstracyjami, jużto przedkładając ryciny lub preparaty, jużtéż robiąc rozmaite przed oczami naszemi doświadczenia na zwierzętach żywych. Dla tego téż wykładu jego o chirurgii ogólnéj ani w części zastąpić nie było można choćby i najpilniejszém odczytywaniem własnego jego podręcznika. Tam na jego wykładach poznałem, jak ważną rzeczą do zrozumienia zagadnień chirurgicznych jest patologija eksperymentalna, użyta w celu wyjaśnienia niektórych spraw chorobowych. Jeżeli eksperymentowi chirurgija nowszych czasów tak wiele zawdzięcza, i jeżeli eksperymenta głównie do jéj postępów się przyczyniły, to téż zapewne nie jest stratą czasu ani daremnym mozołem, powtórzenie niektórych doświadczeń na żywych zwierzętach przed słuchaczami, żeby naocznie i namacalnie poznali te sprawy. Krótkie np. spojrzenie w drobnowid, przedstawiający doświadczenie Cohnheima na żywéj żabie, da nam daleko jaśniejsze pojęcie o sposobie powstawania i cechach sprawy zapalnéj podług jego poglądów, niż żmudne czytanie długiéj rozprawy o tym przedmiocie. Eksperyment jest ważną podstawą wszystkich nauk przyrodniczych; nie może się téż bez niego obywać nauka medycyny, szczególnie zaś zajmująca nas tutaj nauka chirurgii. Wprawdzie nie dają nam nasze eksperymenta nigdy tak niewątpliwéj odpowiedzi, jaką w nich znajdują badacze innych nauk przyrodniczych, ponieważ ciała, któremi się zajmujemy, nie są tak proste, zagadnienia nie tak ściśle określone. Jeżeli np. zastrzykniemy królikowi ospę pod skórę, żeby wywołać gorączkę, ileżto ubocznych niezupełnie znanych i skomplikowanych spraw wkrada się jednocześnie mimo woli w nasze badanie. I tak choćby nam były niewątpliwie znane wszystkie części składowe ropy, to przecież nie znamy ich działalności z osobna, a jakżeż dopiero myśleć o matematycznie ścisłym dowodzie opartym na tak złożonym przyrządzie, jakim jest ciało zwierzęce. Mimo tych słabych stron stanowią doświadczenia na zwierzętach żywych przedsięwzięte z należytą ostrożnością jedne z najpewniejszych podstaw dzisiejszéj medycyny i najdzielniejszą pomoc do wytłumaczenia znacznéj liczby zawiłych jéj zagadnień. To też podobne przedstawienie przedmiotu ułatwia nie tylko jego zrozumienie, ale utrwala pamięć o nim i wpaja go głęboko w umyśle a wzbudza zamiłowanie do niego. Nigdy téż i najpilniejsze studyjum w domu z książki zastąpić nie może takich wykładów.

(Dokończenie nastąpi).

II. W sprawie t. zw. prób życia.

Podał

Prof. Blumenstok.

W rozprawie mojéj p. t. „W dwóchsetną rocznicę próby płucnéj“ (*Przegląd Lek.*, 1883, Nr. 1—4 i *Vierteljahr. f. ger. Medicin*, N. F. tom 38 i 39) zestawiłem na podstawie źródeł początki próby płucnéj hydrostatycznéj i wykazałem znaczenie jéj dla rozwoju medycyny sądowéj. Znane są spory, które wszczęły się pomiędzy lekarzami po ukazaniu się téj próby, a wiadomo także, że spory te, które przetrwały dwa wieki, nie zdołały zepchnąć jéj ze stanowiska, w praktyce sądowo-lekarskiéj raz zajętego. Spory te jednak zacięte, te zarzuty ciągle a ciągle powtarzające się dowodzą, jeżeli w ogóle jeszcze dowodu potrzeba, że próba płucna ma wartość względną tylko, jak to od razu Wydział lekarski w Wittenbergu w orzeczeniu swém z d. 30 sierpnia 1684 r. rozpoznał (*Wir können nicht dafur achten, dass dieses ein indubitatum und universale argument sey*). Nikt zapewne nie zechce obecnie twierdzić w myśl inicyjatorów próby płucnéj w wieku 17ym, że pływanie płuc dowodzi oddychania a niepływanie nieoddychania, przeciwnie każdy przyzna, że tak pod względem pierwszéj, jakotéż, i głównie, pod względem drugiéj części tego twierdzenia istnieją ważne wyjątki od prawidła, że jednak po należytém uwzględnieniu tych wyjątków nie można próbie płucnéj odmówić wartości, i że dopóki pewniejszéj i czulszéj nie posiadamy, dopóty próba ta stanowić będzie ważny w praktyce środek, jeżeli nie rozpoznawczy, to przynajmniéj rozpoznanie kontrolujący.

Pomijając tę część drugą, ujemną, twierdzenia Schreyera, w któréj w nowszych czasach spostrzeżenia, czynione przez Thomasa i Schrödera, wytłumaczone umiejętnie doświadczeniami Lichtheima i Ungara, nowy zrobiły wyłom, — a przyznając większą doniosłość praktyczną części pierwszéj, dodatniéj, twierdzenia, — to po uwzględnieniu wszystkich z biegiem czasu uczynionych zarzutów można znaczenie dodatnie próby płucnéj sformułować w ten sposób, jak to uczyniłem w rozprawie mojéj o dzieciobójstwie, ogłoszonéj w Encyklopedyi lekarskiéj Eulenburga (wyd. I, tom VII, str. 408—432, wyd. II, tom XI, str. 6—32), a mianowicie: „Pływanie płuc niegnijących dowodzi oddychania pozamacicznego, a têm samém i życia dziecięcia, jeżeli poród był tajny, a więc wykluczoną możność oddychania śródmacicznego lub wdmuchiwania powietrza“. Podając tę definicyję w r. 1881 (w wydaniu I) oczywiście liczyć się nie mogłem z zarzutem, z którym w r. 1882 wystąpił Runge przeciw próbie płucnéj (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 18) twierdząc, że sposobem Schultzego można wpędzić powietrze do płuc dzieci pozornie zmarłych lub nawet martwo urodzonych i że płuca takie pływają, pomimo że samodzielnie nie oddychały; zdając jednak sprawę z pracy Rungego w Przeglądzie Lek. (1882, Nr. 19) podniosłem, że naprzód Runge nic nowego nie wypowiedział, bo sam Schultze już na to zwrócił był uwagę, a powtóre, że zarzut ten nie ma znaczenia praktycznego, albowiem jeżeli w obec porodu tajnego nie podobna było dotąd przypuścić możności skutecznego wdmuchiwania powietrza (oczywiście przez rodzącą samą), to têm mniéj godzi się przypuścić, że wdmuchnięcie do płuc powietrza uda się rodzącéj sposobem Schultzego. Praca Rungego wywołała żywą dyskusyję, która atoli obracała się ciągle koło pytania, czy w ogóle sposobem Schultzego powietrze do płuc wprowadzać

można. W dyskusyi téj wzięli udział: Schultze, Runge i asystent jego Sommer, Schauta i asystent jego Torggler, Skutsch i Reinsberg, oświadczając się za Schultzem, podczas gdy E. Hofmann i Nobiling zrazu oświadczali się przeciw, a późniéj przypuszczali możność wdmuchiwania powietrza sposobem Schultzego, jednak tylko w rzadkich przypadkach, wreszcie Winter wykazując, że wykonywanie wahań w mowie będących nie jest wcale wolne od niebezpieczeństw dla noworodka, którego, jeżeli znajduje się w stanie śmierci pozornéj, można nabawić ciężkiego, a nawet śmiertelnego uszkodzenia. Prawie ze wszystkich tych prac zdaliśmy sprawę w Przeglądzie Lek., nie ma więc potrzeby powtarzania ich treści; tyle jest pewném, a przekonały nas o tém i własne doświadczenia, że wdmuchiwanie powietrza sposobem Schultzego w zasadzie jest możebném, w praktyce atoli udaje ono się rzadko, albowiem wahania okazują się skutecznemi tylko u dzieci dojrzałych, następnie trzeba uskutecznienia 20—30 wahań według sposobu przez Schultzego podanego, a więc ściśle *lege artis*, a jeżeli wtedy płuca miejscami okazują się powietrznemi, należy wykluczyć jeszcze możność oddychania powietrzem śródmacicznego (t. zw. *Vagitus uterinus*). [1]) Jeżeli takie trudności zachodzą w zakładach naukowych i w praktyce szpitalnéj, jeżeli lekarze, wykonywający wahania, potrzebnéj wprawy z czasem dopiero nabywają, jeżeli i klinicyści, posługujący się sposobem Schultzego, również nie są wolni od zarzutu, że nie posiadają dostatecznéj wprawy, (wszakże Runge w odpowiedzi swéj na spostrzeżenia Wintera, uczynione w zakładzie położniczym berlińskim, zarzuca niepoprawne wykonywanie wahań), — to rzecz jasna, że tém mniéj spodziewać się można skutecznego ich wykonywania ze strony położnych i absolutnie wykluczyć należy możność, aby kobiety potajemnie rodzące (a z małemi wyjątkami tylko takie stają się przedmiotem oskarżenia o dzieciobójstwo) były w stanie po odbytym porodzie stać z rozkraczonemi nogami (jak tego wymaga Schultze) i robić 20—30 wahań z noworodkiem i to tak poprawnie, jakby poprzednio umyślnie były się wyuczyły téj manipulacyi celem ściągnięcia na siebie podejrzenia, że dziecko, które się urodziło nieżywém, — że dziecko to oddychało, żyło i życie utraciło co najmniéj przez brak pierwszéj pomocy. A gdyby się zdarzył znów przypadek podobny, jak opisuje Hofmann (str. 733), że kobieta oskarżona o dzieciobójstwo tłumaczyła się, iż dziecko, uznane przez znawców za żywo urodzone, urodziło się martwe i że ona celem cucenia go wdmuchiwała mu powietrze, — to stanowczo będzie można zadać kłam jéj tłumaczeniu się, gdyby zechciała twierdzić, że powietrze wprowadziła sposobem Schultzego. Jeżeli zaś kobieta rodzi w zakładzie, lub w ogóle w obec świadków, dziecko jéj nie oddycha, a lekarz lub akuszerka wykonywa na tém dziecięciu ze skutkiem wahania Schultzego, to obducent, niewiedzący o tém, co zaszło, mógłby wprawdzie na razie twierdzić, że dziecko oddychało słabo, ale rzecz wyjaśniłaby się wnet przez zeznania świadków.

[1]) Już po napisaniu niniejszych uwag doszło mnie 4te wydanie dzieła prof. Hofmanna, w którém autor przypuszcza wprawdzie już możność wpędzenia małéj ilości powietrza do płuc noworodka dojrzałego, słusznie jednak wskazuje trudności z zabiegiem tym połączone i dochodzi do wniosku, że sposobem Schultzego ani zawsze ani łatwo wpędzać nie można powietrza do płuc dzieci martwo urodzonych (str. 735).

Tak więc zarzut uczyniony próbie płucnéj przez Rungego w zasadzie jest identyczny z dawniejszym zarzutem co do sztucznego wdmuchiwania powietrza, bo zachodzi tylko różnica co do sposobu sztucznego wprowadzania powietrza do płuc; nie ma więc ten zarzut pod względem praktycznym większego znaczenia niż dawniejszy, owszem, twierdzę, że znaczenie jego jest tém mniejsze, im większą dla jednostki niewprawnéj jest trudność stósowania sposobu Schultzego. Z tego powodu czułem się w prawie utrzymać w całości definicyę dodatniéj wartości próby płucnéj, wyżéj podaną, i w drugiém wydaniu Encyklopedyi, a tém samém twierdzenie Dra Zaleskiego, znajdujące się w rozprawie jego p. t. „Przyczynek do prób życia noworodka“, jakoby próba płucna hydrostatyczna dzięki wprowadzeniu wahań Schultzego silnie zachwianą została, prostować muszę.

Gdy jednak próba płucna oddawna już nie uchodzi za nieomylną, usprawiedliwione są usiłowania ze strony lekarzy, aby próbę tę, względnie tylko dobrą, zastąpić pewną, a przynajmniéj lepszą. Pomijając liczne inne przypomnę tylko, że za naszych czasów pojawiły się dwie próby bardzo poważne, które zrazu wielkie rokowały nadzieje, a mianowicie próba żołądkowo-jelitowa Breslaua i próba uszna Wredena-Wendta.

Pierwsza po wczesnéj śmierci Breslaua szybko zepchniętą została z porządku dziennego a przyznano co najwięcéj, że jest zdolną uzupełnić wynik osiągnięty przez próbę płucną, a więc godną zająć miejsce obok niéj, — a ztąd poszło, że nie uzyskała prawa obywatelstwa w praktyce a w regulaminach, obowiązujących w państwie austryjackiém i niemieckiém, nie ma o niéj żadnéj wzmianki. W ostatnich dwóch latach prof. Ungar z Bonny występuje w jéj obronie dowodząc, że ona w pewnych przypadkach może zastąpić próbę płucną i dla tego zasługuje na miano i godność próby samoistnéj (p. Przegląd Lek., 1887, Nr. 23). Wnioski swoje powtórzył i rozszerzył Ungar na zebraniu roczném pruskich urzędników lekarskich, odbytém d. 15 września r. b. w Berlinie; tych wniosków dalszych nie znam jeszcze dokładnie, a liczniejsze dopiero doświadczenia zdołają pouczyć, czy Ungar nie posuwa się za daleko. Nie tu miejsce rozpisywać się nad próbą Breslaua, ale co do mnie sądzę, że pod względem czułości żadną miarą nie może ubiegać się o pierwszeństwo z próbą hydrostatyczną płucną i że co do niéj nierównie liczniejsze i większe zachodzą wątpliwości aniżeli co do ostatniéj.

Próba uszna Wredena-Wendta wystąpiła w r. 1873 na widownię z zapowiedzią olśniewającą; wszakże według Wendta miała ona wykazać, że dziecko urodziło się żywém lub martwém, nawet wtedy, jeżeli znaleziono samą główkę oddzieloną od kadłuba. Gdy w tymże samym roku Hofmann wnioski główne obydwóch otyjatrów na mocy własnych spostrzeżeń uznał za uwzględnienia godne, kwestyja ta nabrała wielkiego znaczenia dla lekarzy sądowych. Byłem pierwszy, który w r. 1875 na podstawie swoich spostrzeżeń wystąpiłem przeciw znaczeniu téj nowéj próby i wydałem o niéj sąd, że nigdy nie zdoła zastąpić próby Schreyera. Po dyskusyi *pro* i *contra*, która trwała lat kilka, ostatecznie Lesser i Hněvkovský w r. 1883 zadali próbie usznéj cios śmiertelny; jako próba życia, jako „dorodna siostrzyca próby płucnéj“, jak ją nazwał Wreden, należy ona już do historyi, — ale pozostawiła ona ślad w praktyce sądowolekarskiéj, o ile w niektórych przypadkach może uzupełnić wynik próby płucnéj, a co ważniejsza, przyczynić się do wyjaśnienia przyczyny śmierci dziecięcia.

Przed kilką tygodniami Dr. Zaleski opisał w Przeglądzie Lek. nową próbę życia, którą nazwał próbą płuc na żelazo (*Eisenlungenprobe*). Młody nasz rodak, który w dalekie zagnany strony śród warunków niekorzystnych liczne już złożył dowody pracowitości i samodzielnych poglądów, i tym razem wystąpił z pomysłem pięknym, uznania godnym, zamierzając kwestyję dla medycyny sądowéj arcyważną rozwiązać, opierając jéj rozwiązanie na najsilniejszéj podwalinie, bo na cyfrach. Wychodząc z założenia, że z chwilą rozpoczęcia życia pozamacicznego, a tém samém i krążenia małego, płuca zawierają nierównie większą ilość krwi, aniżeli śród życia macicznego, uwzględniając następnie okoliczność, że zawartość żelaza we krwi noworodka nieznacznym podlega wahaniom, wnosi słusznie, że do płuca, które nie oddychało wcale, dostaje się mniéj żelaza, aniżeli do płuca, które już oddychało, że więc ilość zawartego w płucach żelaza daje wskazówkę co do oddechowych czynności tego narządu. Ponieważ ta ilość żelaza przy pewnéj wprawie daje się bez zbytnich trudności ilościowo oznaczyć, więc wynik badania chemicznego w tym kierunku służyć może za dowód życia lub martwego urodzenia się dziecięcia. Apriorystyczne to przypuszczenie stwierdził doświadczeniem: badał płuca 7 noworodków, z których 4 urodziło się martwo a 3 żywo i znalazł, że w żywo urodzonych średnio w świeżéj istocie płuc 0·0188%, w suchéj zaś 0·1184%, a u martwo urodzonych w świeżéj istocie 0·0110%, w suchéj zaś 0·0828% żelaza czystego się mieści; różnice więc między zawartością żelaza w płucach dzieci żywo a martwo urodzonych wynosi średnio: w istocie świeżéj $^{39}/_{5000}$, a w suchéj $^{178}/_{5000}$%. Jeżeli zaś porównamy ze sobą najmniejszą zawartość procentową żelaza w płucach dziecka żywo urodzonego (w przyp. V) z największą zawartością procentową żelaza w płucach dziecka martwo urodzonego (w przyp. IV), to u dziecka martwo urodzonego mamy w istocie świeżéj cyfrę $^{1}/_{5000}$ wyższą, w istocie zaś suchéj tylko o $^{66}/_{5000}$ niższą, aniżeli w płucach dziecka żywo urodzonego. Jeżeli na 7 przypadków już takie wahania występują, to obawiać się należy, że one będą nierównie większe w większym szeregu przypadków, jak się okazało i śród kontrolowania próby płucnéj Ploucqueta, o czém poniżéj wspomnę. Słusznie też kol. Zaleski nie wypowiada ostatniego słowa o wartości swéj próby, uznając potrzebę większéj liczby spostrzeżeń. Co większa, przedstawiając zalety próby, otwarcie i sumiennie wytyka sam jéj strony ujemne, wyprzedzając innych w podnoszeniu przeciw niéj zarzutów, jak np. że próba wymaga dość dużo zachodu, że na różnicę procentowych ilości żelaza wpływać mogą stosunki osobnicze, pewne sprawy chorobowe, utrata krwi z powodu niepodwiązania pępowiny. Do tych zarzutów ze stanowiska sądowo-lekarskiego musimy dodać jeszcze następujące: (Dok. nast.)

III. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
asystent tego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

I.

Nerw językowy.

Język umieszczałem w pletysmografie, oziębianym za pomocą wody z lodem mniéj lub więcéj do 10°C. lub też ogrzewanym wodą do 40°C. Własności nerwów przy zwykléj ciepłocie pokojowéj oznaczyli Anrep i Cybulski, a są one następujące: Okres utajonego podrażnienia wynosi dla nerwu językowego około 1 sekundy z małemi tylko wahaniami i nie jest zależny od siły prądu i ilości uderzeń, do pobudzenia nerwu wystarcza już jedno uderzenie, atropin wreszcie nie wywiera na nerw językowy najmniejszego wpływu.

Dla obliczenia utajonego podrażnienia zapisywałem zmiany naczyniowe na walcu, którego obrót trwał jędną minutę. Wyniki tych obliczeń są następujące:

Nr. I. Duży pies. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godzin dziesięć. Podrażniano początkowo bądź jeden, bądź oba nerwy językowe, przy nienaruszonych nerwach podjęzykowych.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	2	0·6″	6″	Podrażniane oba nerwy
„	2	1·0″	7″	„
„	2	1·0″	8″	„
„	5 sekund	0·9″	?	Podrażniany prawy nerw.
„	7 sekund	1·0″	18″	„
„	8 sekund	1·2″	12″	Podrażniono lewy nerw.
„	15 sek.	1·0″	18″	Podrażniano oba nerwy.

Poczęto następnie oziębiać język. Pióro poligrafu opada z wielką szybkością. Gdy ciepłota się już ustaliła, uregulowano pióro i rozpoczęto drażnienie.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.				
„	2	3·0″	18	Podrażniane oba nerwy. Ciepłota = 13°
„	4	3·5″	17	C. = 10°

Doświadczenie zawieszono na godzinę, poczém przystąpiono ponownie do obliczeń przy stanie prawidłowym języka. Rubryki następują po sobie w tym samym porządku.

60mm.	2	0·8″	17	Podrażniane oba nerwy.
„	2	1·0	15	„
„	1 sekunda	1·2	12½	„
		Przy oziębianiu języka.		
60mm.	2	3·5″	25″	Ciepłota = 15°
„	2	8·25″	36	„ = 10°
		Ogrzewanie języka.		
60mm.	2	0·75	5·75	Ciepłota 40°. Długość fali
„	0·75 sek.	0·75	8	możliwa tym razem do
„	2 sek.	1·0	12	obliczenia wynosiła 19″.

Powtórzono doświadczenia przy przeciętych nerwach podjęzykowych. Drażniono oba nerwy językowe przy prawidłowym stanie naczyń.

60mm.	kilka uderzeń	1·0	19	
„	„	1·2	19	
„	„	1·2	20	
		Przy oziębianiu.		
60mm.	kilka uderzeń	2·5″	13″	C. = 14°
„	„	2·5″	16″	C. = 13°
„	„	3·3″	29″	C. = 10°
		Przy ogrzewaniu.		
60mm.	kilka uderzeń	0·75	7·0″	C. = 35°. Długość fali wynosi 18″
„	„	0·6	5·0	C. = 40°
„	„	0·6	2·75	Dł. f. = 15″ C. = 40.
„	„	0·5	3·0	C. = 40°
„	„	0·75	5·5″	Dł. f. = 29. C. = 34°.

Jak już z powyżéj przytoczonego protokółu widzieć można, czas utajonego podrażnienia zmienia się w miarę różnic ciepłoty w sposób nader wybitny; zmniejsza się przy ogrzewaniu, wzrasta zaś znacznie przy oziębianiu. Ponieważ siła prądu nie wpływa na czas utajonego podrażnienia lecz tylko na czas, w którym fala dochodzi do szczytu i powraca do pierwotnego stanu, nie zwracałem przeto tutaj zbytniéj uwagi na samo drażnienie, jak jednak wnosić można z liczb, gdzie stopień pobudzenia był jednakowy, to *maximum* fali przy ziębieniu późniéj występuje aniżeli w stanie prawidłowym, przy ogrzewaniu zaś znacznie wcześniéj. Podobnie rzecz się ma z długością fali, któréj przy zwykłéj ciepłocie nie mogłem oznaczyć, a tém mniéj przy ziębieniu przy szybkim obrocie walca, podczas gdy przy ocieplaniu staje się tak nieznaczną, że daje się to z wszelką łatwością uskutecznić. W przypadku powyżéj wymienionym, gdzie piórko poligrafu znaczyło tętno, zauważyłem, że znikało ono przy ogrzewaniu, wzmagało się zaś znacznie przy oziębianiu, tak że nawet dwubitność wyraźnie występowała.

Nr. II. Mały, lecz dobrze odżywiony piesek. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godzin 9. Podrażniano wspólny pień n. językowego i *chordae tympani* przy nienaruszonych nn. podjęzykowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	2 ud.	1·2″	8″	
„	2 ud.	1 2	10	
„	6 ud.	1·4	13	
		Przy oziębianiu.		
60mm.	2 ud.	5·0″	?	C. = 15°.
„	2 ud.	6·0	24″	C. = 14°
„	2 ud.	10·0	?	C. = 10°
„	6 ud.	5·0	40	C. = 12°
„	3 sek.	7·0	47	C = 10°

Przystąpiono do powtórnych zapisywań po 4 i 1/2 godz. Pobudliwość nerwu spadła już nieco.

Przy ciepłocie zwyczajnéj.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
40mm.	2 ud.	1·5″	16	
	kilka ud.	1·8	21	
		Przy ogrzewaniu.		
40mm.	2 ud.	0·75″	7	C = 35°
„	2 ud.	0·85	7	C = 38°
„	2 „	0·75	7	„
„	2 „	0·90	5	„
„	2 „	1·00	7	„
„	6 „	0·75	9	„
„	6 „	0·85	7	„
„	6 sek.	1·00	16	C. = 40°
„	2 „	0·75	6	„
„	6 „	0·90	7	„
„	10 ud.	1·00	6	„

Protokół powyższy stwierdza w każdym względzie wyniki otrzymane przy poprzedniém doświadczeniu, a to tém więcéj, że starałem się tutaj zachować te same stosunki w podrażnieniu przy różnych stanach naczyń.

Nr. III. Duży pies. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Drażniono oba nerwy językowe wraz z *chorda tympani* przy przeciętych nerwach podjęzykowych. Doświadczenie trwało 11 godzin.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	1	1·2	3·5	Zamknięcie prądu pierwotn.
„	1	1·3	3·0	Otwarcie tegoż.
„	1	1·3	2·5	Zamknięcie prądu pierwotn.
„	1	1·2	3·5	Otwarcie tegoż.
„	1	1·3	4·0	Otwarcie.
		Przy oziębiania:		
„	8 ud.	2·5	28	C. = 16°
„	10 ud.	3·5	35	C. = 14°
„	kilka ud.	4·75	?	„
„	„	4·25	?	„
		Przy ogrzewaniu:		
„	1	0·75″	2	C. = 40°. Zamkn. prądu.
„	1	0·75	2·5	„ Otwarcie „
„	1	0·90	1·5	„ Zamkn. „
„	1	0 60	2·5	„ Otwarcie „
„	1	0·75	2·0	„ Zamkn. „
„	1	1·00	3·0	„ Otwarcie „
„	6 ud.	1·0	4	
„	8 ud.	0·75	5	
„	8 ud.	1·0	6	
„	12 ud.	0·6	5	
„	12 ud.	0·75	5	

Wyniki zgodne zupełnie z poprzedniemi.

Nr. IV. Pies średniéj wielkości. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało 8 godz. Podrażniono nerwy językowe przy przeciętych n. podjęzykowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewki	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
40mm.	2	1·25″	9″	
„	2	1·25	8·5	
„	2	1·20	10	
„	2	1·30	?	
„	2 sek.	1·25	19	

Przy ogrzewaniu:

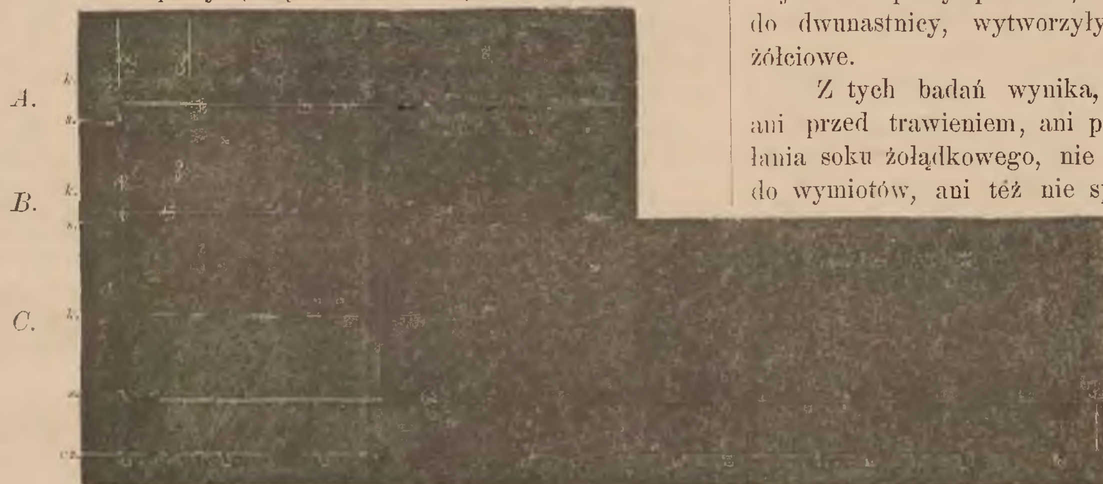
Odległość cewki	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
40mm.	1	0·95″	4	12·5	C. = 38°
„	2	0·80	4	?	„
„	1	0·60	3·5	12	C. = 40°
„	2	0·75	2·5	9.5	„
„	6	0·5	5·0	20	„
„	2	0·45	2·0	?	C. = 45°
„	kilka ud.	0·75	1·8	?	„
		Przy oziębianiu:			
„	2 ud.	3·0	19		C. = 15°
„	2	3·0	10		C. = 13°
„	4	3·0	14		C. = 13°
„	„	4·0	20		C. = 10°
„	20 sekund	3·0	42		C· = 10°

Po 5 godzinach doświadczenia, gdy już pobudliwość nerwów się zmniejszyła i parcie krwi opadło dość nisko, zaczęto wstrzykiwać atropin w centigramowych dawkach. Przed zastrzyknięciem jednak zrobiono parę obliczeń:

40mm.		1·50	10
	Dłuższe drażnienie.	1·25	16
		1·30	15 w 5 minut po zastrzyknięc. do żyły udowéj 0·01 *atr.sulf.*
		1·25	16 Po 10 minutach.
		1·25	14 Dano 0·01 *atr. sulf.* razem 0·02 i drażn. po 15m. od pierwszéj dawki.
		1·30	? Po 20′
		1·20	19 Po 25′
		1·00	17 Po 30′
2 ud.		1·0	5
2 ud.		1·0	5
6 ud.		1·0	6
12 ud.		1·0	11.

Oprócz powtarzających się tutaj zjawisk, spostrzeganych w poprzednich doświadczeniach, stwierdzić można zupełny brak działania atropinu na nerw językowy, pomimo że badanie odbywało się wśród niekorzystnych warunków, bo na zwierzęciu zmęczoném już bardzo, przy obniżonéj pobudliwości nerwów i zmniejszoném parciu krwi.

Stosunki powyżéj wymienione uzmysłowia fig. I.



A) *k* = krzywa pletysmograficzna zdejmowana przy zwyczajnéj ciepłocie. *s* = sygnał. α—β okres utajonego podrażnienia.

B) *k* = krzywa pletysmograficzna zdejmowana przy ciepłocie 40°. *s* = sygnał. α—β czas utajonego podrażnienia.

C) *k* = krzywa pletysmograficzna zdejmowana przy ciepłocie 10°. *s* = sygnał. α—β czas utajonego podrażnienia; *cz.* = czas w sekundach. Obrót walca = 1 min. podrażniano pojedynczém uderzeniem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

R. Oddi (Perugija): **O działaniu żółci na trawienie żołądkowe, badane za pomocą przetoki pęcherzykowo-żołądkowéj.**

W ogóle rozpowszechnione jest mniemanie, że żółć upośledza trawienie żołądkowe przez zobojętnienie kwasoty soku żołądkowego (Lussana), albo strącając pepsynę (Bokhart), albo téż czyniąc białko mniéj rozpuszczalném (Hommerston). Oddi dla sprawdzenia tego twierdzenia przeprowadził następujące doświadczenia: Wprowadzał do żołądka psa za pomocą zgłębnika przez 20 dni 68 cm. sz. żółci wołowéj, późniéj przez 25 dni 100 cm. sz., nareszcie 272 cm. sz. przez kilka dni (po 68 cm. sz. co godzina przez cztery po sobie następujące godziny). Zwierzę do doświadczenia użyte nie okazało przy tém żadnych zboczeń w trawieniu, przybyło go nawet na wadze. Aby się przekonać, czy żółć przechodząca bezpośrednio z pęcherza żółciowego do żołądka nie wywiera szkodliwego wpływu na trawienie, sprowadził połączenie między pęcherzem żółciowym i żołądkiem, przeciąwszy przewód żółciowy między dwiema podwiązkami. Z siedmiu psów w ten sposób operowanych wyzdrowiało 4, których do dalszych doświadczeń użyć było można. Te psy stały się żarłocznemi i przybrały na ciężarze. Mocz zebrany, gdy żołądek był próżny, zawierał przez dłuższy czas po operacyi barwik żółciowy i indykan, po karmieniu nic z tego w moczu nie było. Treść żołądka za pomocą zgłębnika wydobyta, mimo obecności żółci, była zawsze kwaśną. U jednego z psów założono przetokę żołądkową i w produktach trawienia przez nią wydobytych, znalazł O. wielką ilość peptonów, co przemawia za twierdzeniem Schiffa, że żółć nie strąca peptonów. U innego psa, utrzymanego przez dłuższy czas przy życiu, uważał O., że barwiki znikły około 8go tygodnia po ich pierwszém wystąpieniu. Przy oględzinach stwierdzono zabliźnienie ujścia pęcherzyka do żołądka i wytworzenie kilku bardzo rozszerzonych przewodów, które łączyły się następnie w jeden wspólny przewód, uchodzący w zwykłém miejscu do dwunastnicy, wytworzyły się więc na nowo przewody żółciowe.

Z tych badań wynika, że obecność żółci w żołądku ani przed trawieniem, ani po trawieniu nie upośledza działania soku żołądkowego, nie strąca peptonów, nie pobudza do wymiotów, ani też nie sprowadza jakichkolwiek innych przypadów żołądkowych.

(*Perugija. V. Santucci* 1887).

Dr. R. Spira.

Farmakologija.

Prof. Fröhner (Berlin): **Przyczynek do trującego działania paraldehydu.**

W *Zeitschrift f. Therapie* 1887 zwrócił najpierw Krafft-Ebing uwagę na niebezpieczeństwa, na jakie się naraża chorych, podając im przez dłuższy czas większe dawki paraldehydu. Środek ten podają już od kilku lat neuropatologowie swoim chorym jako wrzekomo niemający żadnych ubocznych działań. Tymczasem już wspomniany profesor widział po nim stany podobne do przewlekłego zatrucia alkoholem, jak drżenie, przytępienie pamięci i inteligencyi, dłużéj trwający stan opilstwa, zwidywania, napady padaczki i halucynacyje wzroku i słuchu. Zdaniem prof. Krafft-Ebinga działanie jego na układ nerwowy daje się zupełnie porównać z działaniem fuzlu; prof. Fröhnerowi udało się na podstawie doświadczeń wykazać inne jego szkodliwe działanie, a to na krew. Wynik jego doświadczeń robionych na koniach i psach jest ten, że paraldehyd u konia już w średnich dawkach wywołuje methemoglobinemiję i methemoglobinuryję, a u psa poikilocytozę. Działanie więc jego pod tym względem podobne jest do działania innych środków „rozpuszczających krew,“ jak np. kwas pyrogalusowy, nitrobenzol, chlorek potasu i inne. To działanie redukujące, rozkładające paraldehydu na krew możnaby już na podstawie jego własności chemicznéj, własności

szybkiego utleniania się, wytłumaczyć; wiadomo przecież, że wszystkie aldehydy są ciałami silnie odtleniającemi, a same ze szkodą dla innych ciał się utleniają. I rzeczywiście widział prof. F. pod mikroskopem, zmięszawszy poprzednio na szkiełku kroplę krwi z kroplą paraldehydu, jak ciałka czerwone krwi prędko dostają brzegi strzępiaste, stają się gwiazdkowate, rozpadają się prędko na masy żółtawe, niekształtne, w których tu i owdzie zarysy ciałek krwi występują. Preparat cały przyjmuje zabarwienie brunatno żółte. Działanie szkodliwe paraldehydu na krew i własność jego rozpuszczania takowéj najlepiéj można okazać, jeśli się da do przeźroczystego naczynia krew i dodaje trochę paraldehydu, zamienia się ona wtedy natychmiast na płyn brunatno-czarny do mazi podobny. Jeśli jeszcze uwzględnimy dwa jego doświadczenia robione na koniach, a dokładnie opisane w niżéj podaném czasopiśmie, u których po podaniu nawet odpowiednio do ciężaru ich organizmu nieznacznych dawek paraldehydu mógł po krótkim czasie zauważyć coraz bardziéj zwiększające się żółtawe zabarwienie błon śluzowych, w moczu wykazać za pomocą albumimetru Esbacha znaczne ilości białka methemoglobinu, zwiększające się po podaniu leku z każdą godziną aż do pewnego punktu, w osadzie moczu ciała rozpadowe, ziarniste, nadto tu i owdzie komórki blade, okrągłe, bez jądra, nieco mniejsze niż ciałka czerwone krwi, czerwone ciałka krwi bez hemoglobinu, wśród innych zwykłych objawów wyraźnego zadziałania paraldehydu, to słusznie radzi prof. F., żeby z większą ogłędnością aniżeli dotychczas lek ten podawano; nie można już teraz żadną miarą mówić jako o leku „bez ubocznego nieprzyjemnego działania“, owszem można na podstawie tych doświadczeń powiedzieć, że u konia działa jako trucizna, silnie redukująca krew. Inaczéj działa on u psów, u tych methemoglobinu w moczu nigdy wykazać nie mógł, mimo że im dawał dawkę już nawet zabijającą (na jeden klg. ciała 3 — 4gr. wypada); traciły tylko równowagę ciała przy zupełnie utrzymanéj świadomości, a w preparatach z krwi przez nakłócie otrzymanych widać było wyraźną poikylocytosę, a więc znowu zmianę na ciałkach czerwonych krwi. Taką samą zmianę we krwi widział raz u psa, któremu podał paraldehyd przeciw nerwowym drgawkom w dawce średniéj, niezabijającéj. Paraldehyd więc i u mięsożernych działa niekorzystnie, trująco na krew. Spostrzeżenie, że konie, na których doświadczenia czynił, chudły, stały się niedokrewnemi, naprowadzają go na myśl, czy ten sam środek nie wywołałby z czasem złośliwéj niedokrewności, podobnie jak ją się udało wywołać Ponfickowi i Silbermanowi w doświadczeniach z gliceryną, kwasem pyrogalusowym i innemi środkami. Radzi więc, aby w tym kierunku większą na jego działanie zwrócono uwagę. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 37). *H. K.*

(*H. K.*) Od dawna znany jest na Jawie proszek przeciw dyfteryi gardła, znany tam pod nazwą *orang sakit lehen*, co znaczy „lek dla człowieka chorego na gardło,“ którego z dobrym skutkiem używają także lekarze chińscy i europejscy. Służy on do wdmuchiwania w gardło. Proszek ten rozebrał chemicznie prof. Wefers-Bettinck w Utrechcie i pokazało się, że składa się z dawno już znanego w Chinach antyseptycznego środka, t. j. kwasu borowego i octanu miedziowego, już dawno używanego u Egipcyjan, jako specyficzny środek przeciw dyfteryi gardła, a używany tamże w postaci „maści egipskiéj.“ Według rozbioru wymienionego profesora składa się ten proszek: z boraksu 78%, cynobru 17%, octanu miedz. 1·0%, węgla drzewnego 3·5%. (*Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1887, 17).

(*H. K.*) Bardzo silnym środkiem odwaniającym jodoform ma być, jak czytamy w *Chemisches Centralblatt*, olejek terpentynowy. Nadaje się on szczególnie do usunięcia niemiłéj woni z rąk nim powalanych. Ażeby to uskutecznić, smaruje się miejsca pokryte jodoformem olejkiem terpentynowym, wciera się, a po upływie pół minuty zmywa się spirytusem mydlanym. W ten sam sposób można oczyścić jodoformem zanieczyszczone łyżki i inne sprzęty.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Stiller (Budapeszt): **Praktyczne uwagi nad chorobami serca.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

W dalszym ciągu, po omówieniu dosyć obszerném rokowania w wadach serca i stanach na obciążenie jego wpływających, S. zapytuje: Czy organiczna wada serca może być wyleczoną? Przytoczymy tu najlepiéj jego własne słowa: „Ci, którzy przypuszczają ten nadzwyczaj rzadki wyjątek, należą do wyjątków z ogółu lekarzy, a ten w to nie wierzy; ja sam do tych wyjątków należę.“ Pod tym względem jest prof. S. optymistą, bo zaraz dodaje, „że nierzadko przy sekcyjach spotyka się t. z. plamy ścięgniste na wsierdziu, które za skończone sprawy zapalne i ich produkty uważać należy,“ zdaniem jego, szkoda tylko, że się ich niedokładnie szuka, Rokitansky bowiem znalazł je raz nawet na zastawkach. I tu przytacza dwa przypadki, w których u młodych osób w oczach jego powstała niedomykalność zastawki dwudzielnéj, utrzymywała się przez wiele tygodni, ale potém bez śladu znikła; chorych S. potém nie widział, ale za to już od dwóch lat nie ma nic u choréj, która po gośćcu stawowym przebyła zapalenie wsierdzia z następową niedomykalnością zastawek dwudzielnych, a która się przez kilka miesięcy utrzymywała. W przewlekłych już zmianach na zastawkach o *restitutio ad integrum* nikt myśleć nie będzie.

Zdaniem prof. S. chorzy młodzi z następczemi opuchlinami prędzéj ulegają chorobie niż starsi, którzy dłuższy czas z niemi żyć mogą, ba nawet niekiedy u starszych kilkanaście razy powtarzać się mogą, albo kilka razy wprawdzie tylko, ale za to nierzadko w długich odstępach czasu. Z licznéj kazuistyki przytoczymy tylko jednę jego chorą, która przed 10 laty była cała tak obrzękła, że już wątpiono dla saméj duszności niezmiernéj, czy jeszcze do siebie przyjdzie, teraz cieszy się jeszcze względném zdrowiem, a kompensata serca się utrzymuje; w innym znowu, chora przed 15 laty podczas porodu była w niebezpieczeństwie życia z powodu zastoju w malém krążeniu, przez cały następny czas była z powodu stanu umysłowego nieprawidłowego w zakładzie dla obłąkanych, a dopiero po 15 latach umarła na oddziale prof. S. wśród ogólnéj opuchliny. Często zdarza się, że chory młody przychodzi do lekarza z zapytaniem, czy może się ożenić, lub panny, czy mogą pójść za mąż, a mają wybitną wadę serca? Chcąc na to odpowiedzieć, zadaje sobie prof. S. dwa pytania, które w każdym podobnym przypadku każdy lekarz też zadać sobie powinien: 1) Czy stan małżeński na chorobę, a 2) czy choroba na potomstwo szkodliwie oddziaływać może? Co do pierwszego pytania, to mężczyznom zabronić tego nie można, jakkolwiek S. miał jednego chorego, u którego w trzy tygodnie po ślubie wada zastawkowa niekompensatę serca przyspieszyła i wrócił z podróży poweselnéj z znacznemi obrzękami. Zawsze jednak trzeba im radzić, żeby się starali dobrze się ożenić, poprawa bowiem stosunków materyjalnych, spokój

domowy, lub inne korzystne okoliczności mogą i na przebieg wady korzystnie wpływać. Inaczéj rzecz się ma z płcią żeńską; ta przez porody zawsze jest na wielkie niebezpieczeństwo narażona, kobietom powinno się w ich własnym interesie zabronić za mąż pójść. Niezawsze się to jednak udaje.

Zupełnie odrębnie zapatruje się prof. S. na kwestyję, czy choroba serca u rodziców szkodliwie wpływa na potomstwo? O dziedziczności rozumie się i mowy być nie może, ale kto wie, powiada on, czy po rodzicach nie odziedzicza się usposobienia do chorób takich, które choroby serca i jego wady za sobą pociągają np. otyłość, wczesną miażdżycę naczyń, albo skłonność wielką do gośćca stawowego. Zdarza się bowiem bardzo często, że matka równocześnie i dzieci cierpią na wady lub choroby serca, tak samo jak i jéj rodzice cierpieli. Nie można tu mówić o odziedziczaniu wprost, lecz pośrednio.

W końcu przychodzi autor do rozebrania najważniejszéj części, t. j. leczenia. Z rozdziału tego wyjmiemy tylko niektóre szczegóły ważniejsze, gdyż tu niewiele S. dodaje nowego.

W wielu przypadkach rozpoczynającéj się niekompensaty nie robił on nic więcéj, jak tylko, że polecił zupełny spokój; od jakiegoś czasu nawet chorym z wadami serca i opuchliną, u których nie ma wskazania do energicznego przeciw niéj wystąpienia, na oddziele jego w pierwszych dniach pobytu nic się nie podaje, każe im się tylko leżeć, aby się przekonać, co z objawów chorobowych sam spokój usunąć może. Skutek po nim w niektórych przypadkach widział wcale niezły.

Z leków działających w wadach serca i jéj następstwach, a które z krótkiemi uwagami wszystkie rozbiera, szczególnie z zadowoleniem wyraża się o kalomelu. Dziwi się tylko, że środek, który już w znakomitém swém dziele o chorobach serca Stokes jako doskonały opisuje, tak mógł pójść w zapomnienie i na nowo przez Jendrassika rehabilitowany został. Jak on działa, nie może na podstawie własnych spostrzeżeń powiedzieć, najprawdopodobniejsze zdaje mu się tłumaczenie tego przez angielskiego autora Nöll Platona (*Practitioner* September 1886), że rtęć w organizmie wywołuje większe wydzielanie i wytwarzanie się żółci i mocznika kosztem rozpadu ciałek czerwonych krwi, przez co się one we krwi nagromadzają w znacznéj ilości, a mocznik, wiadomo, ma wielkie własności moczopędne. Na podstawie tego wytłumaczenia działania kalomelu możnaby także wytłumaczyć, dla czego w chorobach nerek i następowych obrzękach kalomel wcale nic działa, bo odpada narząd mocznik wytwarzający, a w przypadkach marskości wątroby z następowemi opuchlinami dzieje się to samo. To téż nawet i w tych przypadkach opuchlin, które mają swą podstawę w wadach serca, kalomel już nie działa, jeśli nerki następowo już są zajęte. Kalomelu więc do środków nasercowych zaliczyć nie można, lecz jest on za to środkiem świetnym przeciwopuchlinowym. Jeden przypadek miał S., gdzie za pomocą leczenia kalomelem udało mu się 14 razy opuchlinę ogólną na tle wady serca usunąć, a Stokes opisuje przypadek w swojém dziele, gdzie 30 razy w przeciągu wielu lat chorego od tego nieznośnego stanu w ten sam sposób uwalniał. Skończywszy leczenie kalomelowe, podaje S., zawsze dla utrzymania dalszéj czynności serca w należytym stanie naparstnicę, udaje się to zwykle łatwiéj niż poprzednio, bo opór, jaki tak wielka ilość cieczy w organizmie stawiała, został zniesiony. Dotychczas nabrał on doświadczenia, że każde dalsze leczenie kalomelowe, aby skutkowało, wymaga większéj ilości kalomelu. Nierzadko widział u chorych skutek jego leczniczy dopiero po wyżyciu 8·0 grm.

U chorych dotkniętych rozszerzeniem serca na tle miażdżycy z rozpoczynającemi się już napadami *stenorcardii* radzi i poleca jak najgoręcéj podawać jodek potasu. Prof. Stiller podaje swoim chorym środek ten w małych dawkach, zwykle 0·50 dziennie w pigułkach najmniéj przez 2 miesiące i powtarza leczenie takie 2 lub 3 razy do roku, zwracając przytém uwagę na zachowanie się chorego.

Ciekawą pod każdym względem rozprawę kończy prof. S. uwagą, że choremu nigdy nie należy mówić, że ma wadę serca, jestto dla niejednych wyrokiem śmierci i już sama depresyja umysłowa jako taka może im wiele zaszkodzić. Radzi on tylko wtedy choremu powiedzieć otwarcie, „masz wadę serca,“ jeśli chory ów nie czyni wszystkiego, co mu lekarz poleca, lecz nieodpowiedniém życiem sam sobie tylko szkodzi. (*Wiener Klinik* 1887, 8 *Heft*). *H. K.*

Chirurgija.

Hochsinger: **Przyczynek do wiadomości o etyjologii tężca przyrannego u człowieka.**

Przypadek tężca urazowego, jaki się Drowi H., jako pierwszemu sekundaryjuszowi, zdarzyło widzieć i obserwować na oddziale IVtym chorób wewn. w szpitalu powszechnym w Wiedniu w marcu tego roku, nastręczył mu sposobność do zajęcia się bliższego tą kwestyją, a zarazem starał się H. na podstawie własnéj obserwacyi i doświadczeń nabrać przekonania o podaniu Rosenbacha i Nicolaiera, odnoszącego się do etyjologii tężca przyrannego. Nicolaierowi udało się przez przeszczepianie różnych gatunków ziemi wywołać u zwierząt (myszy i królików) tężec, Rosenbachowi zaś udało się wykazać w jednym przypadku tężca, obserwowanego w klinice w Gietyndze u człowieka dotkniętego zgorzelą odnóg z odmrożenia, pewną postać prątka, który na podstawie doświadczeń uznał R. za swoisty. N. i R. znaleźli go w ropie z miejsca tego, zkąd tężec wziął początek, a więc w ranie saméj. Prątek otrzymany hodowali i mogli za pomocą niego tężec sztucznie wywołać. Dalsze ich badania wykazały, że prątek przez nich wykryty jest w ścisłém tego słowa znaczeniu *anaërobem* (czyli że bez tlenu żyć potrafi i do życia go nie potrzebuje), że więc na powierzchni naszych odżywek używanych do hodowli się nie rozwija i dla tego metodą płytową Kocha izolować się nie da.

Nim przyjdziemy do podania czytelnikom Przeglądu w skróceniu wyników pracy H., pokrótce wspomnimy o jego chorym. Byłto 55-letni robotnik zatrudniony przy kamieniołomach; przywieziono go do szpitala wśród wybitnych objawów tężca; przed 10 dniami miał zostać lekko zasypany bryłą ziemi, przyczém nieznacznie go zadrasnęła w rękę. Przed trzema dniami miały wystąpić pierwsze objawy choroby jakoto: szczękościsk, bóle i drzenia w ramieniu. W dwa dni potém sztywność w karku, trudność w oddychaniu, w dniu pobytu w szpitalu znaczne kurcze mięśni wyprostnych, wieczór przed śmiercią gwałtowne napady kurczów, a w piątym dniu od rozpoczęcia się choroby umarł chory na szczycie zapadu tężcowego wśród okropnych kurczów oddechowych.

Zaraz po przyjęciu chorego, H. pomny badań Nicolaiera i Rosenbacha, wziął się do wyszukania rany i znalazł ją na grzbiecie ręki prawéj nad kostką śródręcza trzecią, pokrytą strupem zbitym, twardym, złożonym z ropy,

bryłek ziemi i pyłu, pod nim dość wyraźne chełbotanie wyczuć można było. Nie ulegało wątpliwości, że ztąd się wziął początek choroby. Strup, ropę, trochę krwi z żyły wypuszczonéj za życia schowano i wzięto do badania, które H. robił wspólnie i pod okiem prof. Weichselbauma a przeprowadzono je odpowiednio do stanu nowoczesnego nauki. Wykazały one: Poszukiwanie we krwi chorego pod mikroskopem mikroorganizmów dało wynik ujemny. Z dwóch hodowli robionych na surowicy krwi, raz w jednéj rurce przez przeciągnięcie po powierzchni, w drugiéj przez zaszczepienie w głąb krwi, widać było tylko lekkie zmącenie w hodowli przez przeniesienie w głąb otrzymanéj, w pierwszéj zaś nic. Ztąd wynika, że rzeczywiście trzeba się zgodzić z R. i N., że prątek tężca przyrannego jest *anaërobion*. W preparatach nakrywkowych udało się przez zabarwienie błękitem anilinowym wykazać prątki w głębszych warstwach hodowli drugiéj, są one delikatne, podługowate, 0·8 do 0·12 mikromm. długie, niektóre z nich zakończone główeczką zabarwioną. Próby otrzymania hodowli na *agar-agarze* mimo trzymania ich pod szczelnie zamkniętém szkłem, nie udały się i przyczyniają się tylko do potwierdzenia zdania, że prątek jest t. z. *anaërobion*. Zwierzę, któremu wstrzyknięto krew, otrzymaną z żyły zmięszaną z wodą sterylizowaną, zginęło nazajutrz wśród wyraźnego tężca, t. j. po 20 godzinach. Krew z tego królika wstrzyknięta drugiemu nie dawała żadnych objawów, zato trochę krwi przechowanéj z tego człowieka umarłego po trzech tygodniach jeszcze zabiło zwierzę, któremu ją wstrzyknięto. Wynika ztąd, że krew z tetanicznego człowieka zawiera więcéj istót szkodliwych, niż krew ze zwierzęcia tężcem dotkniętego; różnicę tę możnaby, zdaniem H., wytłumaczyć tém, że w doświadczeniach swych z wynikiem dodatnim otrzymanych, miał krew z żywego człowieka, podczas gdy druga była ze zwierzęcia już padłego. Z dalszych doświadczeń autora wynika, że krew z człowieka tężcem dotkniętego musi zawierać i zawiera charakterystyczny dla téj choroby prątek lub jego zarodniki, który wyhodowany wywołuje u zwierząt również tężec i że okres wylęgania się trwa trzy do pięciu dni.

Prątki, o których mowa, udało się Hochsingerowi wykazać i w ropie zebranéj u chorego na grzbiecie ręki po zabarwieniu preparatu nakrywkowego fijoletem gencyjanowym; hodowli czystych jednak i tu otrzymać nie mógł, bo powierzchnia odżywki została pokrytą rozwijającemi się kolonijami *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus pyogenes*, a w głębi gdzieniegdzie udało się wykazać nasz prątek. Z hodowli tak mięszanych robione królikom i myszom wstrzykiwania wywołały tylko trzy razy śmierć ich, ale nie wśród wybitnych objawów tężca. Czystéj ropy zebranéj wstrzykiwać im nie mógł, bo jéj miał za mało. Sekcyje zwierząt padłych nie wykazywały nic charakterystycznego, zarówno jak i nekroskopija robotnika. Zdaniem H. można już teraz śmiało mówić o prątku tężcowym, ma on, w czém się Dr. H. zupełnie zgadza z Rosenbachem, dostawszy się do organizmu wydzielać truciznę „tetanizującą,“ która dostawszy się do ogólnego krwiobiegu ogólny tężec sprowadza. Z przypadkowych powodów, które w doświadczeniach Nicolaiera u zwierząt, a u niego u człowieka wywołały tężec, mimowoli nasuwa się myśl, że prątki odpowiedne lub ich zarodniki znajdują się w ziemi, gdyż u chorego H. nie tylko, że nic oprócz owego zranienia nie znaleziono, ale i chory sam do tego początek choroby odnosił.

Dla tegoto słusznie H. na końcu swéj zajmującéj pracy powtarza i zaleca lekarzom zdanie Nicolaiera, aby w każdym przypadku tężca szukano źródeł zarażenia, a uda się może niejeden raz wykazać, że było nim zanieczyszczenie rany ziemią. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 35). *H. K.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Gärtner (Jena): **Jak należy według obecnego stanu nauki sądzić o higijenicznym składzie wody do picia lub innego użytku służącéj?**

Przez wodę użytkową *(Nutzwasser)* rozumie G. tylko tę wodę, któréj używamy do prania, kąpieli, mycia się, czyszczenia naczyń, bielizny, odzieży, pomieszkań, ulic; od téj wody należy wymagać, jakotéż od téj, którą pijemy, aby była czysta i nie zawierała istot szkodliwych, chorobotwórczych. Woda, któréj się używa do celów przemysłowych, fabryk, nie wchodzi tu w rachubę. Istoty szkodliwe, które się w wodzie znajdować mogą, dzieli G. na dwie wielkie grupy: trujące i zakaźne. Pierwszą należy znowu podzielić na dwie grupy, t. j. na nieorganiczne, mineralne, części trujące, te rzadko się zdarzają, wyjąwszy ołów, i na organiczne, których dotychczas mało wprost w wodzie do picia służącéj wykazano. Zato wiele znajduje się w wodzie przez nas używanéj istot zakaźnych, które jedynie przez wodę bywają przeniesione. Prątki duru i cholery udało się przecież wprost we wodzie wykazać. Nadto znajdują się w niéj nierzadko jaja rozmaitych pasorzytów, które rozwinąwszy się dopiero w przewodzie pokarmowym człowieka, w nim się usadawiają. Bardzo wiele szkodliwych zawartości można wykazać w wodzie blisko odpadów ludzkich się gromadzącéj, a więc w wodzie ze studni blisko wychodka się znajdującéj, w wodzie z fabryk ściekającéj i tp. Dla tego też zbiera G. spostrzeżenia i ujmuje w następujące wnioski: Woda do picia i do użytku służąca nie powinna zawierać ani trujących, ani zakaźnych istot. Powinniśmy się starać na każdém miejscu usunąć możebność dostania się istot trujących lub zakaźnych do wody do picia służącéj. Trucizny wykazuje się chemiczną drogą, zarodki zakaźne pod mikroskopem i badaniami biologicznemi. Możliwość otrucia lub zakażenia istnieje, jeśli woda zanieczyszczoną zostaje odchodami ludzkiemi. W każdym przypadku należy uważać na stosunki miejscowe i wziąć je przy badaniu w rachubę. Należy dla zbadania dokładnego wody porównywać jéj skład ze składem wód innych téj saméj miejscowości (*Wiener med. Blätter* 1887). *H. K.*

(β) Jak dalece pijaństwo w Szkocyi rozszerza się, dowodzą wykazy statystyczne, według których rocznie 40,000 osób policyjnie bywa karanych tamże. Z téj liczby tylko 1213 przypada na czas od niedzieli aż do rana w poniedziałek, a 39,103 na czas od poniedziałku aż do najbliższéj niedzieli. Pokazuje się ztąd, jaki wpływ wywiera wydany w Anglii zakaz sprzedawania w niedzielę napojów wyskokowych. *(Deutsche Medicinal Ztg.).*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 października. We środę d. 5 bm. odbyło się uroczyste otwarcie roku szkolnego w Uniw. Jagiell. Po nabożeństwie w kościele św. Anny zebrali się profesorowie, uczniowie i goście zaproszeni w nowéj auli, gdzie po przemówieniu ustępującego rektora prof. hr. Tarnowskiego rektor nowo obrany prof. X. Spiss ogłosił otwarcie roku szkolnego, poczém sekretarz senatu prof. Cyfrowicz zdał sprawę z czynności zeszłorocznych uniwersytetu.

W tygodniu bieżącym wykłady w Wydziale lekarskim już rozpoczęły się.

* Z gazet politycznych dowiadujemy się, że podczas pobytu JE. p. Ministra Oświecenia we Lwowie między innymi przyjmował deputacyję młodzieży akademickiéj, która powitawszy dostojnego kierownika oświaty imieniem téj młodzieży zaniosła do niego prośbę o zaprowadzenie Wydziału lekarskiego w Uniw. lwowskim. P. Minister podziękował deputacyi za powitanie i zachęcał młodzież do gorliwéj pracy w zawodach naukowych, przyczém oświadczył, że sprawa kreowania Wydziału lekarskiego usuwa się z pod kompetencyi młodzieży, że jednak znajdzie sposobność zaznaczenia w tym względzie swego stanowiska w miejscu właściwém. — Podczas wizyty w Uniwersytecie po przedstawieniu władz uniwersyteckich rektor prof. Czerkawski podziękował p. Ministrowi za odwiedziny, za ustanowienie nowych katedr prawa polskiego, anatomii i fizyjologii, w których widzi zadatek rychłego utworzenia Wydziału lekarskiego, oraz przedstawił szereg potrzeb. P. Minister podniósł wartość i znaczenie uniwersytetów w ogóle i oświadczył, że na razie musi poprzestać na przyjęciu do wiadomości przedłożonych obecnie życzeń, zwłaszcza, że wiele z nich wymaga jeszcze dojrzałéj rozwagi. Poruszając specyjalnie kwestyję utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie wskazał p. Minister na swoje oświadczenie, dane w Izbie poselskiéj. Zauważył daléj, że naczelny Zarząd szkół działa w interesie kraju, jeżeli obecnie zajmuje się lepszém pomieszczeniem i wyposażeniem krakowskiego Wydziału lekarskiego.

Urzędowa *Gazeta wiedeńska* z d. 2 b. m. zawiera następujące oświadczenie:

Odnośnie do wiadomości dochodzącéj ze Lwowa, według któréj wnioski tamecznego Wydziału filozoficznego o zaprowadzenie wykładów anatomii i fizyjologii w Uniw. lwowskim otrzymały potwierdzenie Ministerstwa, prostować musimy, że o wykładach fizyjologii na teraz nie ma mowy, oraz że i dla anatomii nie urządzono katedry osobnéj, lecz że profesorowi lwowskiego zakładu weterynarskiego poruczono odbywanie wykładów anatomii w wydziale filozoficznym.

* Wiadomość o zebraniu się lekarzy powiatowych w Wiedniu celem ułożenia petycyi do Rady państwa, podaliśmy w Nrze przeszłym według osnowy jednozgodnéj, zawartéj tak w czasopismach lekarskich jakoteż politycznych. Raziło nas wprawdzie nazwisko Dra Krasickiego, lekarza powiatowego, o którego istnieniu nic nie wiedzieliśmy, ale zgodność w poprawném podaniu tego nazwiska polskiego w pismach niemieckich zbiła nas z toru, i podając wiadomość w pośpiechu woleliśmy polegać na komunikacie dzienników aniżeli na swojéj pamięci. Obecnie jeden z kolegów, lekarzy powiatowych, prostuje wiadomość tę — za co mu wdzięczność wynurzamy — w sposób następujący:

1) Zebrało się w Wiedniu 68 lekarzy powiatowych; 2) przemawiał lekarz powiatowy rzeszowski Dr. Barzycki (a nie Krasicki); 3) o przejściu po 15-letniéj służbie do kategoryi wyższéj nie ma mowy w petycyi; 4) w skład komitetu ściślejszego wybrano lekarzy powiatowych Dra Barzyckiego i Dra Jana Biesiadeckiego (a nie protomedyka, który na posiedzeniu wcale nie był i o niém nie wiedział).

* W téj saméj sprawie otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyjo! Wzmianka uczyniona w ostatnim Nrze Przeglądu Lekarskiego, a dotycząca poprawienia losu lekarzy powiatowych, została zaczerpniętą z dzienników wiedeńskich i zawiera téż pomyłki zasługujące na sprostowanie. Poczuwam się zaś do tém większéj kompetencyi sprostowania téj wiadomości, o ile że wraz z kolegami z Galicyi brałem żywy udział w rozprawach dotyczących téj ważnéj kwestyi i przemowa głównie Dra Barzyckiego (mylnie Dra Krasickiego), oraz Dra Zminkowskiego i z méj strony skłoniła zebranych lekarzy powiatowych ze wszystkich prowincyj austryjackich do przyjęcia petycyi lekarzy galicyjskich za podstawę obrad i do uchwalenia końcowych jéj wniosków.

To téż zgodzono się ostatecznie na wystosowanie petycyi, w któréj położyć należy nacisk na następujące wymogi: 1) aby samodzielni (*selbstständige*) lekarze powiatowi mieli co najmniéj rangę i płacę klasy 9éj (IX) dyet; a 2) aby $^1/_3$ ogólnéj liczby lekarzy powiatowych w każdym kraju koronnym otrzymała rangę i płacę 8éj klasy dyjet, $^2/_3$ zaś należały do 9éj klasy dyjet; 3) aby koncepiści sanitarni Namiestnictwa, pozostający dotąd w Xtéj klasie dyjet, otrzymali również rangę i płacę 9éj klasy dyjet. Wniosek, aby lekarze powiatowi z 9éj klasy przechodzili bezwarunkowo do klasy 8éj po ukończeniu dziesięciolecia służby (po 2 kwinkweniach), upadł, ponieważ nie prorokowano pomyślnego wyniku w razie przyjęcia tego wniosku.

Do ułożenia petycyi wybrano komitet, w skład którego z Galicyi weszli: lekarz powiatowy z Jasła Dr. Biesiadecki i lekarz powiatowy z Rzeszowa: Dr. Barzycki. Komitet ten zaraz nazajutrz wygotował petycyję na podstawie petycyi lekarzy galicyjskich i poruczył dwom kolegom z Austryi dolnéj podpisanie téjże petycyi w imieniu wszystkich lekarzy powiatowych i do przesłania jéj do Rady państwa i do Ministerstwa spraw wewnętrznych.

Skutkiem obrad nad petycyją lekarzy powiatowych nie mogłem mieć zapowiedzianego odczytu o etyjologii epidemii tyfusu plamistego z powodu równoczesnego odbywania się posiedzeń, jednakowoż rozprawę tę niebawem prześlę do Przeglądu Lekarskiego i do czasopism lekarskich niemieckich.

Dr. Obtułowicz.

Buczacz, dnia 10 października 1887.

* W poniedziałek d. 10 bm. uniwersytet i reprezentanci wszystkich warstw społeczeństwa odprowadzili na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki śp. Stefana Kuczyńskiego, wysłużonego profesora fizyki w Uniw. Jagiell., b. rektora Uniwersytetu, członka czynnego Akademii Umiejętności itd., zmarłego w Krakowie po krótkiéj chorobie w 76 roku życia. Dawniéj prof. fizyki w Uniw. w Insbruku od pół wieku prawie przebywał nieboszczyk w Krakowie i przeszło lat 40 uczył gorliwie, demonstrował pięknie i wykładał świetnie. Na wykłady jego uczęszczali licznie nietylko uczniowie Wydziału filozoficznego, ale i medycy i farmaceuci. Łagodność charakteru, niezwykła uprzejmość dla każdego, z którym się tylko stykał, gorliwe wypełnianie obowiązków, rześkość umysłu i ciała aż do wieku sędziwego cechowały tego skromnego, cichego uczonego, który każdemu chętnie udzielał rady i pouczenia. Byłto typ piękny i nader sympatyczny profesora staréj daty, a posiadał on zalety wielkie, które w naszych czasach pod wpływem pośpiechu gorączkowego stają się coraz rzadszemi.

* Staraniem Dra Skórczewskiego stanąć ma już w roku przyszłym pomnik Dietla w Krynicy. Dr. S. zebrał prawie wyłącznie swojém staraniem fundusz potrzebny, a wykonaniem zajmą się bracia Zawiejscy, architekt i rzeźbiarz.

* Szczególne fatum wisi nad wzorowym niegdyś szpitalem powszechnym w Wiedniu. Zaledwie przebrzmiały skargi, podniesione w Radzie państwa, zaledwie zapomniano o wystąpieniu sekundaryjuszów przeciw nowemu dyrektorowi, jeszcze nie odzyskał całkowicie zdrowia prymaryjusz Langer, a już fakt nowy zwraca uwagę na stan nieprawidłowy tego wielkiego zakładu. W skutek podania, wystosowanego do dyrekcyi a podobno jéj ubliżającego, asystent kliniki chorób skórnych, Dr. Lustgarten, młody lekarz dobréj sławy naukowéj używający, usunięty został z posady swojéj. Nie znając bliższych powodów usunięcia, ani téż kto asystenta usunął, skoro donosi *W. med. Woch.*, że o fakcie „zawiadomiony“ został dyrektor szpitala i dziekan Wydziału lek.,— przypuścić jednak musimy, że w szpitalu *peccatur intra et extra*, to jest, że wina zajść nie na samym dyrektorze, lecz i na podwładnych ciążyć musi.

* Zmarły niedawno w Londynie anatom Quain zapisał cały swój majątek, wynoszący 750.000 zlr. na rzecz University College w Londynie.

(β.) Dentystą króla hiszpańskiego Alfonsa XIII dekretem ministra Sagasty został zamianowany Don Raphaël alcade y Buril. Zadaniem jego jest 2 razy tygodniowo oglądać zęby króla, oraz w razie potrzeby czyścić je i plombować, za co pobiera miesięcznie 2,000 fr.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Erlanga.** Dr. Hermann z Monachijum habilitował się jako docent anatomii. — **Würzburg.** Katedrę higijeny, opróżnioną w skutek śmierci Geigla objął nadzw. prof. Dr Lehmann b. asystent przy zakładzie higijenicznym w Monachijum; katedrę zaś polikliniki lekarskiéj objął docent Dr. Matterstok.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany został starszym lekarzem w rezerwie Dr. Edmund Kowalski; lekarzami asystentami Drowie Tytus Kicki, Tadeusz Pakosz, Jakób Bendel, Eugieni Hofmokl, Stanisław Kruszyński, Jan Kaczko-

wski, Walery Pawlas, Gustaw Piotrowski i Izydor Schöngut.

* **Nekrologija**. W Wiedniu umarł Dr. Edward Pritzl, b. asystent prof. K. Brauna skutkiem infekcyi w 34 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 40: Baranowskiego: Uleczalność suchot gardlanych i dzieło Dra Herynga; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.); Sokołowskiego: Sprawozdanie za rok 1885 z oddziału prym. docenta Dra Zarewicza (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Brunera: O moczopędném działaniu chlorku rtęci w chorobach serca; Kramsztyka: O związku łuszczki z jaglicą (dok.); Jakowskiego: Przyczynek do etyjologii zapaleń ropnych po tyfusie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBRZUT: O bnukách obrovských při novotvorech zánětných a při některých nádorech (Odbitka z *Sborn. lék.*) V Praze 1887 in 8vo str. 19 2 tabl.

S. GOLDFLAM: O t. z. rozsianém zapaleniu nerwów (Odbitka z *Medycyny*) Warszawa 1887, in 8vo str. 43.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 19 bm. o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Obaliński opowie ciekawy przypadek laparotomii, a kol. Pieniążek przypadek wyjęcia ciała obcego z oskrzela a zarazem przedstawi sposób badania tchawicy przez ranę tracheotomijną.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 22 Października 1887. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny. 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach.

Wykład wstępny Prof. Dra Rydygiera.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Nabywszy przez wykłady teoretyczne pewnego pojęcia o chirurgii w ogólnym jéj zarysie, jakoteż i o niektórych szczegółowych jéj rozdziałach można dopiero z korzyścią rozpocząć zwiedzanie kliniki chirurgicznéj i to w pierwszém półroczu więcéj tylko przyglądając się i przysłuchując, a w następnych dopiero biorąc czynny udział w pracach klinicznych. Nauka w klinice jest bez wątpienia najważniejszą częścią nauki chirurgii. Tutaj ma się przyszły lekarz zapoznać, o ile możności, z istniejącemi chorobami, ze sposobem ich badania, ich rozpoznawaniem i leczeniem. W klinice jedyna szkoła, żeby go nauczyć, w jaki sposób późniéj samodzielnie ma postępować. Za przykładem mojego nauczyciela, przyjętym zresztą i gdzieindziéj, chciałbym naukę w klinice tak urządzić, żebyście Panowie sami chorego badali i cierpienie jego rozpoznawali korzystając z nabytych już poprzednio wiadomości z chirurgii ogólnéj i szczegółowéj, podczas gdy sam tylko pytaniami i wskazówkami tu i owdzie dorzucanemi starać się będę kierować tokiem Waszych myśli i sprawę Wam ułatwić. Za najwięcéj pouczający sposób badania chorych w klinice uważam ten, że najprzód obejrzymy sobie chorą część, późniéj obmacamy ją, daléj zbadamy pod względem czynności, a w końcu dopiero wypytamy się chorego. Ten sposób uczy patrzeć i to, co się widzi samodzielnie, zestawić bez poprzedniego uprzedzenia i naprowadzenia na rodzaj cierpienia przez chorego samego. Nauczyć zaś patrzeć i widzieć, to jedno z najważniejszych zadań kliniki, bo patrzeć okiem chirurga, to nie tak łatwo, jak się wydaje. Trzeba umieć uchwycić odrazu różnicę chorobowo zmienionéj części ciała od jéj postaci prawidłowéj. Do tego trzeba znać i umieć sobie w pamięci odtworzyć zarysy zdrowego ciała i jego części; znajomość dokładna anatomii ciała ludzkiego jest do tego pierwszym warunkiem.

Skoro sobie dokładnie obejrzymy miejsce chorobą zajęte i zaznaczymy, w czém się różni w swéj zewnętrznéj postaci od stanu prawidłowego, przystąpimy do wymacania. Przez tę część badania wyśledzimy, czy chora część jest gorącą czy zimną, twardą czy miękką, wreszcie, co w wielu przypadkach pewnéj wymaga wprawy, czy jest w miejscu tém chełbotanie lub czy go nie ma. Następnie przez poruszenie staramy się rozpoznać stosunek chorego miejsca do sąsiedztwa, np. w obec guzów, czy zachodzą zrosty mniéj lub więcéj ściśle z tkankami przyległemi i z któremi. W dalszym toku badania przekonamy się, czy czynność przyrządu badanego jest prawidłowa lub nie, np. w cierpieniach stawowych, czy ruchomość ich jest prawidłowa, czy też zmniejszona lub nad miarę powiększona. Zbadawszy tak chorego, już będziemy mogli w przypuszczeniu rozpoznać jego cierpienie w bardzo wielkiéj liczbie przypadków; nieraz nawet uda nam się odgadnąć czas trwania choroby i jéj przyczynę, co nie tylko pobudzi bystrość naszego umysłu, ale zarazem uderzy chorego i wpoi mu większe zaufanie do naszych wiadomości, a tém samém i do naszego leczenia. W końcu dopiero, żeby nasze rozpoznanie więcéj upewnić i uzupełnić, wypytamy się chorego.

Wspólnie też omówimy tu w klinice po zbadaniu sposoby leczenia, a kiedy wydarzy się pomiędzy kilkoma wybierać, uzasadnimy, dla czego właśnie w poszczególnym przypadku jednemu z nich damy pierwszeństwo przed drugiemi. Przed oczyma też Panów będziemy wykonywali leczenie i proszę Was nie tylko bacznie śledzić wykonanie operacyi, ale uważać niemniéj na przygotowania do niéj i na sposób opatrywania; sąto bowiem rzeczy niemniejszéj wagi, niż operacyja sama. Mimo, że przygotowania do operacyi zajmują wiele czasu, dokonywać ich będziemy w Waszéj obecności, aby, że tak powiem, czystość chirurgiczna stała Wam się drugą naturą, abyście się Panowie tak

do tego przyzwyczaili, iż zupełnie niemożebną będzie dla Was rzeczą o tém zapomnieć lub kiedykolwiek tego zaniedbać; iż więc nigdy inaczéj, nigdy błędnie, postępować nie będziecie. Niemniejsze znaczenie ma zakładanie opatrunków, zwłaszcza pierwszego, który zwykle stanowczy wpływ wywiera na cały dalszy przebieg pooperacyjny, a nieraz rozstrzyga o życiu lub śmierci chorego. Więc i to powinniście jak najdokładniéj widzieć, aby się dokładnie nauczyć. Z wyniesieniem atoli chorego ze sali operacyjnéj nie powinien jeszcze ustać interes Panów dla niego. O ile stosunki na to pozwolą, postaram się, aby przed wypisaniem chorego Panom przedstawić, abyście się przekonali o skutku naszych zabiegów leczniczych i wyrobili sobie sąd własny o wartości naszego postępowania. Każdego przytém chorego chciałbym oddać pod szczególniejszą opiekę jednego z Panów, od którego nie tylko życzyłbym sobie, ale wyraźnie żądam, aby się nim pod kierunkiem asystentów szczegółowo zajął, a przedewszystkiém sporządził dokładny opis jego choroby. W jaki sposób opis taki zrobić, do tego każdy z Panów otrzyma odpowiednie wskazówki. Korzystnémby było, gdyby każdy z Was Panowie, któremu chorego specyjalnie polecę, przed wygotowaniem opisu jego choroby przejrzał w domu odpowiedni rozdział w podręczniku, bo tylko wtenczas będzie wiedział, na co ma zwracać główną uwagę, nic ważniejszego nie opuści i tylko wtenczas odniesie z oddanego sobie przypadku korzyść rzeczywistą.

Zamierzam też poruczać chloroformowanie po kolei jednemu z Panów. Jestto wprawdzie wielka niedogodność dla operującego, bo uwagę swą dzielić musi pomiędzy operacyję a przebieg znieczulania. Dla Panów atoli będzie miało takie postępowanie tę wielką korzyść, że się nauczycie chloroformować i pozbędziecie się, na pożytek późniejszych Waszych chorych, obawy przed tym rękoczynem. W jaki sposób chloroformować i jak zaradzić zachodzącym nieraz, mimo wszelkiéj ostrożności, zaburzeniom podczas chloroformowania, o tém pomówimy innym razem. Może też będziemy mieli tę przykrą sposobność pokazania Panom tu w klinice, jak sobie postąpić należy w podobnym przypadku. Daj Boże, aby nigdy przypady te nie przybrały groźniejszego charakteru i aby zawsze udało się uchronić chorego i nas od nieszczęśliwego a przykrego zdarzenia śmierci w skutek chloroformu; zdarzenia, które i w najlepiéj kierowanych klinikach miało już miejsce. Tylko ostrożność posunięta niemal do przesady obok szybko przedsięwziętych środków zaradczych uchronić zdoła od takiego nieszczęścia. Wyjątkowo niestety wszystko zawodzi.

Postępując w dopieroco określony sposób, tuszę sobie Panowie, że nie bez korzyści będziecie zwiedzali klinikę tutejszą mimo wielkich jéj wad obecnych i niedostatków. Nadzieja, że wkrótce dzięki szczodrobliwości troskliwego Rządu naszego ujrzymy się w odpowiedniejszém umieszczeniu, niech nam osładza braki tego tu zakładu, a zdwojona pilność niech je wyrównywa.

Jako dopełnienie klinicznych godzin uważać można praktyczne ćwiczenia, jakie się odbywają w kursie operacyjnym i w kursie zakładania opatrunków. Ze względów humanitarnych nie podobna odrazu rozpoczynać pierwszych prób władania nożem na człowieku chorym. Koniecznie potrzebném jest nabrać pierwéj pewnéj wprawy i biegłości w operowaniu na trupie. Nie tylko, że nauczymy się w ten sposób wykonywania pewnych operacyj, mianowicie stałych, typowych, ale znajdziemy zarazem sposobność przypomnienia sobie stosunków anatomicznych, które, jak wiadomo, bardzo szybko w pamięci się zacierają. Zwracając w czasie operowania na zwłokach uwagę na stosunki u żywego można tém więcéj korzyści z téj nauki odnieść. Ostatecznie tym tylko z Panów mogę pozwolić wykonywać niektóre łatwiejsze operacyje w klinice, o których zręczności przekonałem się pierwéj naocznie w kursie operacyjnym.

Częścią niejako teoretyczną kursu operacyjnego jest anatomija chirurgiczna. Nikt nie zaprzeczy, jak ważną jest dla każdego trudniącego się chirurgiją znajomość anatomii w ogóle. Anatomija chirurgiczna zaś nie jest niczém inném, jak anatomiją zwyczajną, zastosowaną do potrzeb chirurgii. Nie ma ona jednak być tylko powtórzeniem anatomii opisowéj lub topograficznéj z dodaniem wskazówek tu i owdzie wtrąconych, odnoszących się do potrzeb chirurgicznych lub objaśnień stosunku części anatomicznych do niektórych operacyj i zranień. Jakkolwiek jestto bardzo pouczającém i jakkolwiek anatomija chirurgiczna nie może obejść się bez demonstracyi na trupie, a nawet głównie niemi się tylko posługuje, to przecież powinna ona uczyć rozpoznawania stosunków anatomicznych także na człowieku żywym za pomocą wzroku i dotyku, powinna starać się o to, aby słuchacze nabrali zdolności i wprawy w przenoszeniu wiadomości na trupie nabytych na człowieka żywego.

Kurs zakładania opatrunków, jak go jeszcze przed niedawnym czasem prawie wszędzie odbywano, składał się z wyliczenia i wprawiania się w dawniejsze typowe opatrunki z dodatkiem nauki o ustalaniu i układaniu członków, a więc nauki o opatrunku gipsowym, o szynach i o ekstenzyi. Taki kurs dziś już nie jest wystarczającym. Nie myślę wcale przeczyć pożyteczności ćwiczeń w zakładaniu starodawnych typowych opatrunków, jak czapki Hippokratesa i tp. Mimo, że dziś zaledwie wyjątkowo założymy ściśle podług dawnych przepisów taki opatrunek, zawsze jednak sztuczne i złożone te sposoby niezmiernie uczą i dobre są jako ćwiczenia przygotowawcze. W dzisiejszych jednak stosunkach daleko ważniejszém jest, żeby każdy z Panów nauczył się zakładać opatrunek przeciwgnilny. Na takim kursie najlepsza jest sposobność wskazać, jak ważną jest każda drobnostka, na którą w klinice zwrócić z osobna uwagi nie podobna. Tutaj też jest miejsce stosowne do pokazania rozmaitych materyjałów przeciwgnilnego opatrunku, jakich w różnych klinikach się używa; tutaj możnaby też wskazać sposoby, za pomocą których sprawdzić można rzeczywistą wartość rozmaitych materyjałów przeciwgnilnych i w jaki sposób przynajmniéj niektóre z nich samemu sobie przyrządzić.

Otóż tak Panowie przedstawia mi się odpowiedź na pytanie, jaką powinna być nauka chirurgii w naszych czasach? Postępując tą drogą spodziewam się, że nauczycie się tyle, żeby w późniejszéj praktyce módz sobie poradzić z przypadkami chirurgicznemi. Nie będziecie Panowie wprawdzie wtenczas już operatorami, bo do tego trzeba jeszcze długiéj pracy i nauki specyjalnéj. Nie jestto też zadaniem nauki chirurgii podczas krótkiego studyjum uniwersyteckiego i nie w tym celu ją się tu wykłada. Tu tylko tyle uczymy, ile każdemu lekarzowi koniecznie jest potrzebne. Nikt więc z Panów nie ma prawa powiedzieć, że nie myśli się późniéj chirurgiją zajmować, że nie chce nigdy żadnych operacyj wykonywać, i że dla tego zaniedbywać mu wolno wykłady chirurgiczne. Chociaż lekarz nieraz nie ma chęci zajmowania się chorobami chirurgicznemi, to jednak zdarzyć się może,

że potrzeba do tego go zmusi. Nie tak łatwo bowiem w mniejszych miejscowościach znajdzie kolegę, któremuby mógł powierzyć przypadki chirurgiczne, a zresztą zdarza się często, iż szybka pomoc chirurgiczna koniecznie jest potrzebna, gdzie każda zwłoka może chorego o życie przyprawić. Gdy krew broczy obfitym strumieniem lub przez wielką ranę powłok brzusznych jelita wypadły na zewnątrz, gdy ciało obce wpadło do krtani i grozi zaduszeniem, czy wtenczas przywołany lekarz oglądać się będzie za pomocą specyjalisty operatora? Wtenczas namyślać się nie wolno i ociągać z pomocą, i każdy powinien umieć w takich razach sam zaradzić. W innych przypadkach nienagłych, ale nie mniéj ważnych, gdy chodzi o chorobę, którą, wcześnie rozpoznaną, z łatwością i doszczętnie usunąć można, a która źle rozpoznana i zaniedbana nie tylko zdrowie na zawsze niszczy, ale i życiu zagraża, lekarz przez nieznajomość chirurgii w równéj mierze zaszkodzić może. Każdemu więc z Was bez wyjątku przykładać się trzeba pilnie do nauki chirurgii. Może zdołam własném zamiłowaniem i własnym przykładem zagrzać Panów tak do specyjalnéj naszéj nauki, że nie tylko ze względów praktycznych, nie z przymusu niejako uczyć jéj się będziecie, lecz ją tak pokochacie, iż największą uciechą dla Was będzie z nią się zapoznać jak najściśléj, tak jak dla mnie największą będzie przyjemnością wskazywać Wam do tego drogę. Jeżeli taki zapał i takie zamiłowanie do przedmiotu naszego zdołałbym w Panach rozbudzić, byłobyto największą nagrodą moich zabiegów, méj pracy. Wspólnie więc i z równém zamiłowaniem zabierzmy się do dzieła, a stanie gotowe, dzielne i ładne, my zaś w zapale nie poczujemy ani ciężaru téj pracy, ani zmęczenia.

II. W sprawie t. zw. prób życia.

Podał

Prof. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

1. Przypuśćmy na chwilę, że założenie, z którego szan. autor wychodzi, teoretycznie nie ulega zaprzeczeniu i że dalsze, liczniejsze badania potwierdzą w zupełności wyniki przez autora otrzymane, to pomimo to próba jego nie uzyska prawa obywatelstwa z prostego powodu, że owo dochodzenie tak ważne, jakiém jest sprawdzanie życia noworodka, a następnie wykazanie przyczyny jego śmierci, całkiem usuwa z pod zakresu działania lekarza sądowego, oddając pierwszą część dochodzeniu chemika, a uniemożebniając prawie zupełnie drugą, nierównie ważniejszą część dochodzenia. Nie rozchodzi się tu wcale o kompetencyję między lekarzem a chemikiem, bo rzeczą jest całkiem obojętną, kto prawdę wyświeca; ale w próbie w mowie będącéj pierwszym jest warunkiem, żeby otrzymać płuca w całości bez wszelkich nacięć uprzednich; znaczy to więc tyle, co zrzec się dokładnego zbadania płuc, robienia przekrojów itd., a więc zrzec się jednego z najważniejszych środków rozpoznawczych ku wyjaśnieniu przyczyny śmierci. Jeżeli słusznie Hofmann zwraca na to uwagę, że sposób, w jaki lekarze sądowi wykonywają próbę płuczną hydrostatyczną, a mianowicie pławiąc je bezpośrednio po wyjęciu z klatki piersiowéj, rozcinając je na kawałki i wyciskając, częstokroć pozbawia ich możności dokładniejszego zbadania anatomicznego ważnego tego przyrządu, to możność ta ustaje zupełnie, jeżeli płuca nietknięte odda się w ręce chemika i skaże je na zniszczenie. Jeżeli zaś obecnie mniéj doświadczony lekarz sądowy, zwróciwszy całą swą uwagę na dokładne wykonanie próby hydrostatycznéj, zapóźno nieraz spostrzega, że uzyskał wprawdzie pewność, iż płuca oddychały, ale że skutkiem zniszczenia płuc ulotniła mu się przyczyna śmierci, to w obec próby żelazowéj z góry możności wykazania przyczyny śmierci byłby nieraz pozbawiony. A ponieważ fakt żywego urodzenia się dziecięcia nie stanowi przecie zbrodni, lecz stanowi ją dopiero gwałtowne pozbawienie go życia, więc próba chemiczna, gdyby nawet z pewnością była w stanie sprawdzić żywe urodzenie się dziecka, usuwając i niszcząc jedno z najważniejszych trzew, nigdy przez sądownictwo nie będzie dopuszczoną do prawa obywatelstwa w praktyce, albowiem, choćby nawet przyczyna śmierci znalazła się w innym organie, obrońcy nieomieszkaliby wystąpić przeciw orzeczeniu chemików i lekarzy, opierając się na fakcie niebadania płuc, a wystąpienie ich byłoby skuteczném, zwłaszcza w obec przysięgłych.

2. Założenie, z którego kol. Zaleski wychodzi, wtedy tylko nie ulega zaprzeczeniu, jeżeli ściśle trzymamy się słów jego: „Do płuca, które wcale nie oddychało, dostaje się mniéj żelaza, aniżeli do płuca, które już tę czynność odbywało.“ Przez płuco zaś, które wcale nie oddychało, rozumiemy tylko płuco płodowe, pozostające w stanie bezdechu (*apnoia*). Gdyby wszystkie dzieci martwo urodzone miały płuca płodowe, wtedy podstawa próby byłaby bardzo silną. Ale rzecz ma się całkiem inaczéj. Bardzo wielka ilość dzieci martwo się rodzących nie posiada wcale płuc płodowych, bo płuca ich usiłowały oddychać, a to usiłowanie było aż nadto dostateczne, aby znieść stan bezdechu i odebrać płucom cechę płodową. Jeżeli bowiem z jakiegokolwiekbądź powodu oddychanie łożyskowe płodu przed ukończeniem porodu przerwane zostaje, wtedy krew jego uboższa w tlen a obfitsza w CO_2 pobudza ośrodek oddychania, w skutek czego przychodzi do ruchów oddechowych śródmacicznych, do czynnego rozszerzenia się klatki piersiowéj i do wtargnięcia środka otaczającego do dróg oddechowych; bezdech przechodzi szybko w zamartwicę, kończącą się śmiercią — w miarę opóźnienia się porodu — przed urodzeniem, śród aktu porodowego lub po urodzeniu się dziecka w stanie zamartwiczym. Mamy tu sprawę analogiczną, jak w uduszeniu się człowieka samodzielnie żyjącego, a ponieważ zamartwica i śmierć płodu częstokroć następują śród wtargnięcia potoku do dróg oddechowych, to tém samém sprawa przedstawia się podobną do uduszenia się przez utonięcie. Jak śmierć z uduszenia pozamacicznego śród rozmaitych warunków przedstawia odmienne objawy i zmiany, tak samo ma się rzecz u płodu, duszącego się z powodu przerwania oddychania łożyskowego. Na mocy teoryi Dondersa, która nie pozostaje w sprzeczności z doświadczeniem praktyczném, przypuszczamy, że płuca uduszonych *caeteris paribus* wtedy przedstawiają się przekrwionemi, jeżeli nagłe zamknięcie dróg oddechowych nastąpiło po wydechu, a przeciwnie, że są w krew ubogie, jeżeli zamknięcie miało miejsce po wdechu, daléj, że u utopionych obfitość krwi w płucach pozostaje w odwrotnym stósunku do ilości płynu, który ze środka otaczającego dostał się do dróg oddechowych. Jeżeli zaś śród ruchów wdechowych płyn, zwłaszcza gęściejszy, w ogóle trudniéj dostaje się do oskrzeli i płuc aniżeli powietrze, to trudność ta jest tém większą podczas ruchów wdechowych śródmacicznych, a więc u płodu, u którego pierwsze drogi oddechowe mogą być zamknięte, jeżeli nie błonami płodowemi lub ścianami dróg porodowych, to samym śluzem płodowym, potok zaś może zawierać większą ilość smółki lub przynajmniéj mazidła skórnego, a przez

to stać się dość gęstym. Im zaś mniéj środka otaczającego dostaje się do dróg oddechowych, tém więcéj krwi przypłynąć musi do płuc, aby zapobiedz próżni, któraby powstać musiała skutkiem rozszerzenia się klatki piersiowéj. A jeżeli poród nie kończy się szybko, dziecko zazwyczaj ginie, a przy sekcyi takiego martwo urodzonego dziecka znajdujemy obok ogólnego zastoju żylnego z jednéj strony płuca bezpowietrzne, a z drugiéj mocno przekrwione, pod opłucną zaś wynaczynionki. Ztąd wynika, że płuca takie, poddane próbie żelazowéj, wykażą także większą zawartość procentową żelaza, a wynik próby przemawiać będzie za urodzeniem żywém takich dzieci, podczas gdy notoryjnie urodziły się martwemi.

Gdy więc zachodzi widoczna potrzeba ścieśnienia zasady, z któréj wychodzi autor nowéj próby i ograniczenie jéj ściśle do tych płuc, które wcale, t. j. ani poza- ani śródmacicznie, nie oddychały, gdy następnie przypadki martwego urodzenia się dzieci, które przedwczesne ruchy oddechowe odbywać musiały, są częste, więc oczywista, że próba w mowie będąca, praktycznego zastosowania znaleźć nie może.

Przed stu laty z górą lekarz miejski w Hali Krystyjan Daniel (*Commentatio de infantum nuper natorum umbilico et pulmonibus*, *Halae* 1780), a wkrótce potém profesor tübingski Wilhelm Ploucquet (*De nova pulmonum docimasia*, Tübingae 1782) wystąpili z próbą, którą nazwali „*Blutlungenprobe*,“ opierającą się na zwiększeniu się ciężaru bezwzględnego płuc po rozpoczęciu oddychania i krążenia małego. Zasada była wspólna, co do sposobu dochodzenia zaś różnili się o tyle, że pierwszy obok zwiększonego ciężaru bezwzględnego uwzględniał i zwiększony skutkiem oddychania objąt płuca oraz zmniejszony ich ciężar względny, podczas gdy ostatni zwiększony ciężar bezwzględny płuc porównywal ze zmniejszonym ciężarem bezwzględnym całego ciała, a stosunek pomiędzy ciężarem bezwzgl. płuc a ciała u płodu oznaczył jak 1 : 70, u dzieci zaś, które oddychały, jak 2 : 70. Podczas gdy próba Daniela, ogłoszona po śmierci autora († 1771), wcale utrzymać się nie mogła, — próba Ploucqueta, poparta przez Bernta (1821) i Wildberga (1822) trwała dłużéj, i ostatecznie dopiero przez Caspra usuniętą została z porządku dziennego. Musiała runąć i ta próba z dwóch powodów: raz, że Ploucquet oparł ją na bardzo małéj ilości przypadków, a badania późniejsze kontrolujące, na znacznie większym materyjale uskutecznione, wykazały rezultat całkiem odmienny; tak np. Casper znalazł średni stósunek u martwo urodzonych 1 : 61, u żywo urodzonych zaś 1 : 59, a co ważniejsza w poszczególnych przypadkach stósunek ten wahał się znacznie u jednych i drugich, u pierwszych między 1 : 30 a 1 : 92, u ostatnich między 1 : 31 a 1 : 400; powtóre, że próba nie uwzględniała faktu oddechów przedwczesnych i towarzyszącego im przekrwienia, a więc i zwiększonego bezwzględnego ciężaru płuc.

Wspomniałem o próbach Daniela i Ploucqueta dla tego, że próba Zaleskiego jest poprawną i wydoskonaloną próbą Ploucquetowską, o ile ona nie poprzestaje na ważeniu płuc, lecz sposobem ściśle umiejętnym stara się oznaczyć zawartość odsetkową żelaza w całéj masie krwi w płucach zawartéj. Ponieważ jednak oprócz wytkniętego w ustępie 1ym można i trzeba stósować do niéj te same zarzuty zasadnicze, jakie podnoszono przeciw próbie Ploucqueta, więc i jéj lepszego powodzenia w praktyce rokować nie można.

Jakkolwiek praca kol. Zaleskiego pomnaża liczbę prób, które od czasu do czasu ukazują się, jako wynik przeświadczenia, że dotychczas nie posiadamy próby życia absolutnie pewnéj, i jako owoc rzetelnéj dążności do służenia prawdzie i sprawiedliwości, a prędzéj lub późniéj ustępują przed próbą hydrostatyczną, którą wyrugować i zastąpić miały, to jednak praca ta zasługuje na wszelkie uznanie, a słuszném może jest przypuszczenie jéj autora, że stanie się zachętą do dalszych badań fizyjologicznych i chemicznych.

W obec faktu, że dotąd pomimo postępu nauk lekarskich nie mamy pewnéj próby życia, w obec usprawiedliwionéj wątpliwości, że może jéj nigdy posiadać nie będziemy, pozostaje tylko pociecha, że w praktyce bez próby w ścisłém tego słowa znaczeniu obejść się możemy. Trafnie podniósł to już dawniéj Schauenstein, że najlepsza z prób dotychczasowych, t. j. próba płucna hydrostatyczna, jest tylko prostém, prymitywném doświadczeniem fizyczném, uzupełniającém, albo raczéj kontrolującém właściwe badanie anatomiczne płuc i że doświadczony lekarz sądowy śmiało bez niéj obejść się może, chyba jeżeli chce przekonać świadków oględzin, a przedewszystkiém sędziego. Lekarz doświadczony, uwzględniwszy wszystkie okoliczności, najczęściéj zdoła wyrobić sobie sąd, czy dziecko urodziło się żywém lub nie, podczas gdy niedoświadczonego wszelkie t. zw. próby w błąd wprowadzać mogą.

III. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
asystent tego zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Ponieważ przy tak szybkim obrocie walca, jak to dotychczas było, nie mogłem zapisywać fali rozszerzenia naczyń w całości, postanowiłem przeto zmniejszyć znacznie szybkość obrotów, aby tém łatwiéj módz badać narost i długość fali przy różnéj ciepłocie. Oczywiście, że w tym razie zmuszony byłem zrezygnować z dokładnego obliczania czasu utajonego podrażnienia, w przybliżeniu jednak mogłem to uskutecznić, szczególnie przy oziębianiu.

Nr. 5. Pies średniéj wielkości. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godzin 8. Przecięto oba nerwy językowe i podjęzykowe. Podrażniano nerw językowy wraz z *chorda tympani*.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń.	Szczyt fali.	Długość fali.	Uwagi.
60mm.	1 sek.	6″	50″	Czas utajonego podrażnienia wynosi około 1 sekundy. Walec obracał się z szybkością 3·5 minuty.
„	„	10″	?″	
„	„	10″	57″	
„	„	6″	43″	
„	„	10″	?″	
„	„	8″	70″	
„	kilka sek.	13″	118″	
Przy oziębianiu do 10°.				
60mm.	1 sek.	52″	6—10 minut.	Czas utajonego podrażn. wynosi w przybliżeniu w 1ym razie 4 sek. w 2im razie 5 sek. w 3im razie 3 sek.
„		80″		
„	kilka ud.	26″		

Jakkolwiek pomimo stosunkowo powolnego obrotu walca nie byłem w stanie oznaczyć tutaj z wszelką dokładnością długości fali, to jednak widzieć już było można olbrzymią różnicę odnośnie do naczyń przy zwykłéj ciepłocie. W dalszym toku doświadczenia zmniejszyłem obrót walca do 8 minut.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
60mm.	1 sek.	22″	?	Czas utajonego podrażnienia
„	„	26	260″	wynosił około 1 sekundy.
„	„	21	208	
„	„	22	200	
		Przy ogrzewaniu.		
„	„	11	80	Ciepłota = 35°.
„	„	10	66	Ciepłota = 38°.
„	„	10	35	Ciepłota = 40°.
„	„	9	35	Ciepłota = 42°.
„	„	7	32	„
„	„	4	34	„
„	„	11	45	„
„	„	7	33	„
		Przy oziębianiu do 10°.		
„	„	105″	12—15min.	Okres ut. podr. = 9 sek.
„	„	148	„	„ = 8 sek.

Drażnienie nerwu przez 1 sekundę okazało się niedogodném dla ścisłego oznaczenia długości fali, dla tego téż w następném doświadczeniu postanowiłem drażnić pojedynczemi uderzeniami, choć jest to może nawet zbyteczną rzeczą, jeżli zwrócimy uwagę na tak wielkie wahania, jak to wymownie podane liczby wykazują.

Ponieważ niektórzy badacze drażnili w swych doświadczeniach nerwy przez czas dłuższy, postanowiłem określić zmiany naczyniowe przy pobudzaniu nerwu przez 15 minut, przy odległości cewek wynoszącéj 40mm. Fala wznosiła się około 10 minut i to nie równo, nie jednostajnie, lecz co czas pewien narastała znacznie więcéj, potém spokojnie się zwiększała, potém znów większy narost następował, tak jak gdyby wrażenia sumowały się okresowo. Trwało to do 10 minut, poczém pomimo drażnienia dalszego fala poczęła jednostajnie opadać i z tą samą jednostajnością zmniejszała się, skoro po 15 minutach przerwano drażnienie.

Nr. VI. Pies średniéj wielkości, kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało 9 godzin. Drażniono nn. językowe przy nienaruszonych nn. podjęzykowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

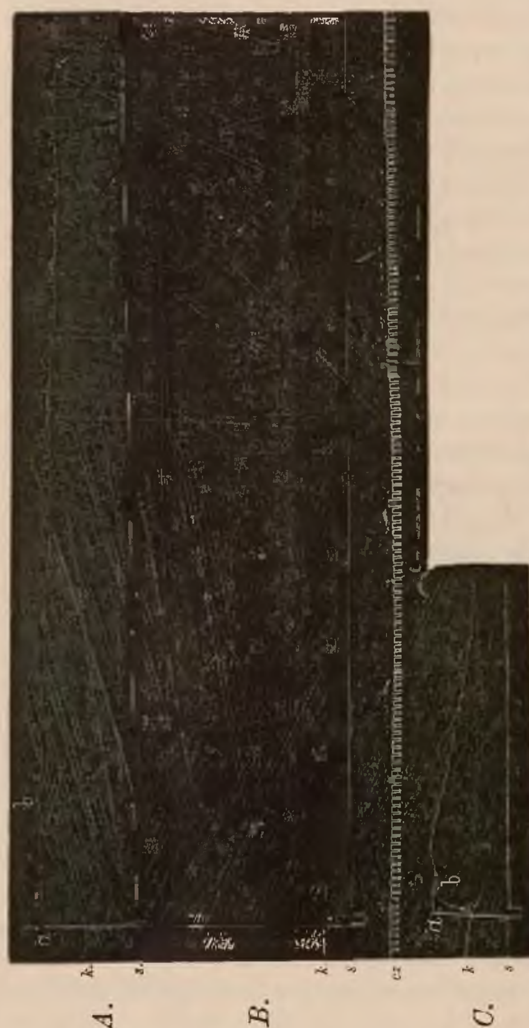
Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
40mm.	1	Około jednéj sekundy	4″	31″	Zamknięcie prądu.
„	„		2	6	Otwarcie prądu.
„	„		4·5	35	Zamknięcie prądu.
„	„		3	19	Otwarcie prądu.
„	„		6	39	Zamknięcie prądu.

Z powyższych liczb widać, że zamknięcie prądu pierwotnego silniéj działało aniżeli otwarcie tegoż.

Przy ogrzewaniu do 40°.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
40mm.	1	1·5″	10″	Zamknięcie prądu.
„	„	1·0	2·5	Otwarcie prądu.
„	„	1·0	4	Zamknięcie prądu.
Za mały skutek, aby można obliczyć.				Otwarcie prądu.
„	„	1·0	12	Zamknięcie prądu.
„	„	1·0	8	Otwarcie prądu.
„	„	1·25	10.	Zamknięcie prądu.
„	2	1·00	13	
„	2	0·75	9·5	
„	2	1·00	10	
„	4	2·00	22	
„	4	2	22.	
		Przy oziębianiu do 10°.		
„	1	13	40	Zamknięcie prądu.
„	„	13	68	Otwarcie prądu.
„	„	18	parę minut	Zamknięcie prądu.
„	2	14	60	
„	„	13	62	
„	„	9	?	
„	„	16	?	

Stosunek fal przy różnéj ciepłocie i powolnym obrocie walca uzmysłowia fig. II.



A) k = krzywa pletysmograficzna przy zwyczajnéj ciepłocie. a—b czas, w którym fala dochodzi do szczytu, s = sygnał.
B) k = krzywa pletysmograficzna przy oziębianiu do 10°, a—b = czas, w którym fala dochodzi do szczytu. s = sygnał, cz czas w sekundach.
C) k = krzywa pletysmograficzna przy ogrzewaniu do 40°. a—b = czas, w którym fala dochodzi do szczytu. s'_s = sygnał (obrót walca = 8 min. podrażniano przez 3 sek.).

Nr. VII. Duży pies. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało przez 8 godzin. Podrażniano oba nn. językowe, przy nienaruszonych nn. podjęzykowych prądem indukcyjnym przy odległości cewek 40mm.

Walec przesuwano ręką w miarę potrzeby co pewien czas, który za każdym razem oznaczano. Pióro poligrafu wznosiło się w sposób opisany w Nrze V do minut 15, poczém utrzymywało się na téjże samėj wysokości przez 5 minut, po którymto czasie poczęło opadać, z początku dość szybko potém coraz to powolniéj po godzinném drażnieniu zatrzymało się mniéj lub więcej w $^1/_8$ wysokości, licząc od 0. Na tym

punkcie stało przez 20 minut, poczém ustano drażnić. Pióro obniża się jeszcze trochę, bardzo wolno przez 20 minut i w téj saméj wysokości już odtąd pozostaje. Przypisać to należy okoliczności, że naczynia nie powróciły już do stanu prawidłowego, oraz wytworzeniu się prawdopodobnie wysięku. Ażeby naczynia powrócić mogły do stanu prawidłowego, przeczekano jeszcze 1½ godziny, poczém powtórzono doświadczenia w sposób podobny przy oziębianiu do 10°. Pióro wznosiło się przez 15 minut, a więc o 5 minut dłużéj niż przy zwyczajnéj ciepłocie; mimo znużenia zwierzęcia, utrzymywało się na szczycie przez 18 minut, t. j. o 10 minut dłużéj, potém poczęło opadać przez 5 minut i znów się zatrzymało przez 10 minut na jedném miejscu. Skoro zaś przestano drażnić, po 40 min. obniżyło się jeszcze nie wiele i nie powróciło już do 0. Powtórzyły się więc te same stosunki co przy krótkotrwałem drażnieniu, fala znacznie dłużéj narastała i znacznie dłużéj też powracała do linii znaczącéj 0.

Do doświadczeń tych powrócę jeszcze późniéj przy opisie badań nad nerwem kulszowym, obecnie wspomnę tylko, że chciałem badać zmiany naczyniowe przy długotrwałem podrażnieniu i przy ogrzewaniu, o ile jednak łatwo mi było zachować jednostajną ciepłotę oziębiając przyrząd wodą, w któréj lód topniał, o tyle okazało się to nie możliwą rzeczą przy ogrzewaniu, gdzie w ciągu kilku minut da się uregulować dostatecznie ciepłota, nie udaje się to jednak uskutecznić przez 15 lub 20 minut i nie można wtedy odróżnić, czy wahania pióra zależą od różnic w stanie naczyń, czy też od zmian ciepłoty.

Z dwóch ostatnich protokółów wynika, że narząd rozszerzający naczynia można pobudzać przez długi stosunkowo czas bez osłabienia go i znużenia, co stoi w zupełnéj sprzeczności z zachowaniem się nerwu błędnego oraz komórek zwojowych, których energija wyczerpuje się nader szybko, zatamowanie bowiem ruchów serca wywołane przez drażnienie nerwu błędnego trwa od 15 do 30 sekund, poczém serce bić poczyna mimo dalszego ich pobudzania, podczas gdy tu wpływ nerwów rozszerzających trwa przez 15—20 minut a nawet i dłużéj!

Badania powyżéj przytoczone stwierdziły w zupełności wyniki badań pletysmograficznych Anrepa i Cybulskiego co do okresu utajonego podrażnienia, szczytu fali i jéj długości, oraz wpływu atropinu na nn. językowe, nadmienić tylko muszę, że w obliczeniach mych otrzymywałem wartości bardzo wprawdzie nie wiele, lecz zawsze nieco niższe od podanych przez tychże autorów, co przypisać należy, że pracę swą przeprowadzali oni w zimie, przy ciepłocie znacznie niższéj, podczas gdy ja robiłem doświadczenia wśród skwarnego lata, gdzie ciepłota pokojowa dochodziła nieraz do 23°! Zmiany te wystarczyły już do wywołania dostrzegalnych różnic w wartościach.

Zebrane wyniki przedstawiają się w sposób następujący:

1. Okres utajonego podrażnienia wynoszący przy zwyczajnéj ciepłocie 1″ do 1·5″ skraca się w miarę ogrzewania języka, wzrasta znacznie w miarę ziębienia niezależnie od ilości uderzeń i siły prądu. Okres ten i co do trwania odpowiada czasowi utajonego podrażnienia n. błędnego odnośnie do serca (1—2 sek. według Legrosa i Onimusa.

2. *Maximum* rozszerzenia naczyń występuje znacznie wcześniéj przy ogrzewaniu, o wiele zaś późniéj przy oziębianiu języka, przy zachowaniu tych samych warunków co do siły prądu oraz ilości uderzeń.

3. Powrót naczyń do stanu pierwotnego trwa krócéj przy ogrzewaniu języka aniżeli przy zwykłéj ciepłocie, znacznie zaś dłużéj przy oziębianiu, oczywiście wśród zachowania tych samych warunków, jak powyżéj.

4. Okoliczność ta, że wysokość fali otrzymanéj w skutek drażnienia odnośnych nerwów przy ogrzewaniu języka jest bardzo małą, wzrasta zaś olbrzymio przy oziębianiu, daje prawo do przypuszczenia, że zjawisko to zależy od stanu naczyń: rozszerzone przez ogrzewanie mało się już mogą rozszerzać, skurczone zaś przez oziębianie tém więcéj się jeszcze rozszerzają przy podrażnieniu.

5. Do wywołania rozszerzenia naczyń wystarcza już jedno uderzenie prądu, czém się różni nerw językowy stanowczo od nerwu błędnego, który trzeba podrażniać prądem indukcyjnym przynajmniéj o 15 do 20 uderzeniach w jednéj sekundzie.

6. Przy długotrwałem drażnieniu naczynia rozszerzają się przez 15—20 minut, podczas gdy narząd unerwiający serce nuży się i przestaje działać już po 15—30 sekundach.

7. Atropin wreszcie nie poraża nerwu językowego podobnie jak zakończenia n. błędnego.

Na razie wstrzymuje się od wysnuwania dalszych wniosków z powyższych wyników, należy bowiem porównać jeszcze własności nerwów językowych w stosunku do nerwów podjęzykowych, analogicznych do *accelerantes* serca, według zdania wyznawców teoryi zwojów automatycznych, w tym to więc celu przejdę z kolei do doświadczeń poczynionych nad nerwami podjęzykowemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Luciani: **O działaniu najważniejszych środków zastępujących naparstnicę w chorobach serca.**

L. wykonał w klinice lekarskiéj w Turynie szereg porównawczych badań nad działaniem leków zastępujących naparstnicę, których wyniki są następujące:

1. Konwalija, wyciąg wodny, wywołuje znaczne podniesienie się linii krzywéj sfigmografu i zmniejsza nieco częstość czynności serca, powiększa nieznacznie ilość wydzielonego moczu, bywa dosyć dobrze znoszoną. Działanie jéj w ogóle jest mało wybitne, szczególnie w ciężkich przypadkach.

2. Sparteina równie wzmaga wysokość krzywéj sfigmograficznéj, działa lekko moczopędnie i nie wywiera żadnego wpływu na nieprawidłowość skurczów serca. W ogóle źle ją chorzy znoszą, sprawia bowiem zajęcie i ból głowy. Żadnego z tych dwóch środków nie można uważać za środek zastępujący naparstnicę w ścisłém znaczeniu tego wyrazu.

3. Kofeina wzmaga wysokość krzywéj, posiada działanie wybitnie moczopędne, sprowadza tętno prawidłowe. W niektórych przypadkach może zastąpić z korzyścią naparstnicę. Nierzadko jednak towarzyszą jéj nieprzyjemne działania uboczne, zwłaszcza co do czynności trawienia, sprawiając nudności, wymioty, uczucie ciężkości w okolicy nadpępkowéj i dla tego też chorzy wzbraniają się zażywać ten środek częściéj niż raz, albo dwa razy.

4. Gorzykwiat wiosenny (nalew) we wszystkich przypadkach wywołuje znaczne podniesienie krzywéj jakotéż uregulowanie tętna, powiększa znacznie ilość moczu, usuwa nawet bardzo wielkie puchliny. Chorzy znoszą go dosyć dobrze, używają go wielokrotnie i wśród ogólnych przy-

padów. Nie ma najmniejszego działania zbiorowego a przy używaniu tego środka nie zachodzą żadne zaburzenia ze strony układu nerwowego ani narządu trawienia. Można go uważać za prawdziwe i właściwe zastępstwo naparstnicy. Nie można tego samego powiedzieć o adonidynie, który rozwija niepewne działanie a podskórnie zastrzykniętego nie znoszą chorzy.

5. *Strophantus hispidus* (nastój wyskokowy). Ten nowy środek dla zboczeń sercowych, tak przychylnie przyjęty w terapii chorób serca, był w szczególności przedmiotem dokładnych badań Lucianiego. Jego spostrzeżenia uprawniają go do potwierdzenia wyników badań Frasera, Draschego i innych autorów, którzy tego środka używali. W wszystkich przypadkach, a między niemi i w kilku ciężkich (wady zastawki dwudzielnéj) L. spostrzegał znaczne wzmaganie się parcia tętniczego krwi, prawidłowość bicia serca, znaczne pomnażanie się codziennéj ilości wydzielonego moczu. Ten środek nie pociąga za sobą żadnych nieprzyjemnych skutków a chorzy mogą używać go przez tydzień (30 kropli nastoju dziennie) bez jakichkolwiek zaburzeń. Chorzy czują znakomitą ulgę i domagają się go; w niektórych przypadkach sprowadza nawet polepszenie trawienia.

Porównywając działanie przytoczonych środków dla chorób serca, przychodzi się do wniosku, że *Strophantus* i *Adonis vernalis* wywierają korzystny wpływ, prawie równy wpływowi naparstnicy na niewyrównywane wady serca, nie posiadają jednak nieprzyjemnych działań ubocznych naparstnicy, mianowicie działania zbiorowego i nie sprowadzają zboczeń w trawieniu. Po nich następuje kofeina, potém konwalaryja a nareszcie sparteina. (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 36). *Dr. R. Spira.*

Knapp: **O działaniu stenokarpinu.**

Pierwsze doświadczenia z nowym tym środkiem robił Claiborne; z wynikami jego zgadzają się zupełnie wyniki doświadczeń Knappa, które ostatni ogłosił w *New. York Med. Rec.* Dwuprocentowy roczczyn stenokarpinu wywołuje już po 5—6 minutach zupełne znieczulenie spojówki, staje się ona bladą, szpara powiekowa się powiększa, źrenica się rozszerza, następuje porażenie akomodcyi, napięcie w gałce ocznéj nieco się zmniejsza. Na błonie śluzowéj nosa i połyku wywołuje zupełne znieczulenie i zniesienie smaku i powonienia; drogi nosowe stają się wolniejsze i szersze. Tak samo wywołuje znieczulenie na samych błonach śluzowych lub podskórnie wstrzyknięty. Zewnętrznie zastosowany nie działa przez skórę zdrową. Dalsze doświadczenia wykazały, że działa on podobnie trująco jak strychnin. Dziesięć kropli wstrzykniętych królikowi do żyły usznéj zabija królika w ciągu 10ciu sekund. W celu leczniczym stosował K. stenokarpin w chorobach oka, nosa i szyi z zadowalającym skutkiem. Przychodzi on na podstawie własnych doświadczeń do wniosku, że działanie jego bardzo jest podobne do działania kokainy a różni się od niéj tém, że wyraźnie i dosyć trwale działa rozszerzająco na źrenicę. Należy go więc wszędzie tam chętniéj użyć niż kokainu, gdzie nam zależy na tém, aby źrenica była i rozszerzona. Atropinu pod tym względem nie przewyższa, ale za to tam, gdzie chcemy znieść akomodacyję, lepiéj stosować stenokarpin niż atropin, gdyż atropin o połowę krócéj nam to sprowadza i utrzymuje niż stenokarpin. Małe dawki (4 krople) szybko wessane wywołują objawy zatrucia podobne do zatrucia kokainem: skóra blada, poty, zawroty głowy, mdłości, nudności większe, podobne do zatrucia strychninem. Do krwi wprowadzony wywołuje śmierć natychmiast, dla tego też K. odradza używać go w postaci podskórnych wstrzykiwań, bo 0,01 jeszcze jest niebezpieczne, a na ranę otwartą także go ostrożnie stosować trzeba. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 36). *H. K.*

Pletzer (Bonn): **Dwa przypadki leczenia białaczki za pomocą tlenu.**

Dwa przypadki białaczki, spostrzegane w klinice prof. Rühlego w Bonn, dały sposobność jego asystentowi P. do zajęcia się niemi bliższego i spróbowania na nich leczenia tlenem, jak to niedawno ogłosili Kirnberger i Sticker. Wprawdzie nie mógł P. osiągnąć zupełnego wyleczenia, ale za to spostrzegł znaczne polepszenie.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 34 letniéj, z rodziny zdrowéj pochodzącéj; wywiady nic szczególnego nie wykazują. Przed dziesięcioma miesiącami ustała miesiączka, brzuch się powiększał, tak że chora myślała, że znowu zaszła w ciążę; stawała się coraz bledszą. Przed kilkoma miesiącami uczuła po raz pierwszy stwardniałość w lewym boku. Obecnie chora jest blada, chuda; brzuch wzdęty szczególnie po lewéj stronie, z pod lewego podżebrza wysuwa się wyraźnie wymacalny guz, przy ruchach oddechowych nieznacznie się poruszający, na ucisk niebolesny, jednako wszędzie zbity, 35cm. długi a 18 szeroki, wątroba bolesna; lekkie obrzęki na odnogach, gruczoły limfatyczne obwodowe niepowiększone, mostek niebolesny. Mikroskopowe badanie krwi wykazuje powiększenie liczebne ciałek białych, według metody Thomy-Zeissa liczone, w stosunku 1 na 5 czerwonych. Ciałka czerwone są mniejsze i bledsze, nie składają się w ruloniki. Ciałka białe barwione według metody Ehrlicha są neutrofilami (zabarwiają się w obojętnym rozczynie barwikowym). Począwszy od 15 czerwca zaczęła wdychiwać tlen z flaszki Limousina, 30 litrów dziennie; zresztą nie podawano żadnych leków, wyjąwszy środek gorzki dla podniesienia łaknienia. 10go lipca liczono ciałka krwi i wykazano już 1 białe na 10,3 czerwonych, obrzęk odnóg zmniejszył się. Ciężar ciała podniósł się o 2½kg. 8 sierpnia chora dla spraw familijnych musiała klinikę opuścić a badanie przed wyjściem wykazało: Chora wygląda znacznie lepiéj, przybyło jéj od ostatniego ważenia znowu 2½kg. razem 5kg., wątroba niebolesna; długość śledziony tylko 31cm., szerokość 15cm. polepszenie więc znaczne. Przy liczeniu znaleziono już 1 ciałko białe na 13·3 czerwonych.

W innym przypadku chory z wyraźną białaczką wdychiwał tlen tylko przez 14 dni, na wyraźne jego żądanie musiano go wypuścić, ale po 5 dniach wrócił znowu do kliniki, gdzie na drugi dzień umarł. U tego chorego były gruczoły obwodowe obrzmiałe, obrzęk śledziony jeszcze większy, aniżeli w przypadku pierwszym, mostek i kość goleniowa przy ucisku bardzo bolesne. Jedno ciałko białe na 8 czerwonych. Była więc białaczka za życia rozpoznana śledzionowa, limfatyczna i szpikowa. Już po kilku pierwszych wdychiwaniach chory czuł się w ogóle lepiéj; oddychał swobodniéj. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie. P. zachęca w końcu do doświadczania tego leczenia w wszystkich przypadkach białaczki, a będzie można dopiero na podstawie liczniejszéj statystyki wydać o niém sąd przychylny lub nie. Dotychczas oprócz przypadków dodatnich Kirnbergera i Stickera, mógł P. tylko jeden jeszcze w francuskiéj literaturze znaleźć, który przemawia na korzyść tego sposobu leczenia. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 38). *H. K.*

β. **Sublimat** w *Conjunctivitis granulosa*. C. Stadarini podaje, że: 1) Sublimat działa bardzo korzystnie w wszelkich przypadkach oraz okresach zapalenia oka: *Ophthalmia granulosa*

i jest swoistym środkiem w jaglicy. 2) Działa on przeciwgnilnie, niszcząc zarodki téj choroby, oraz roztwarzająco, gdyż usuwa nadmierne nacieczenie. 3) Sublimat tamuje i usuwa wszelkie powikłania téj choroby, usuwając samą ich przyczynę i źródło. 4) W przypadkach jaglicy z przebiegiem zapalnym nadzwyczaj gwałtownym i nasilonym, obfitą wydzieliną i obrzmieniem gruczołów spojówkowych, możnaby stosować sublimat naprzemian z kamieniem piekielnym. W wszystkich innych przypadkach działa sam jako środek leczący. (*Deutsche Med. Ztg.*)

β. **Sublimat w chorobie Brighta** podawanym bywa w szpitalu nowojorskim (jeszcze od r. 1812) w ilości 0·004—0·0015 trzy razy dziennie, a nawet częściéj. Zawsze zauważano przy tém zwiększenie ilości oddawanego moczu. Na białkomocz sublimat prawie zupełnie nie wpływał, ale ogólny stan zdrowia polepszał się wraz z szybkiém wystąpieniem puchliny. J. C. Petro jest zdania, że chlorek rtęciowy działa podobnie na nerki, jak na gruczoły ślinne i sądzi, że można go w przypadkach *nephritis chronica diffusa* (byle nie w późniejszym okresie) uważać za lek swoisty. Starać się jednak należy niedoprowadzić nigdy do ślinotoku rtęcicowego. (*Deutsche Med. Ztg.*)

Medycyna wewnętrzna.

Docent J. Prior (Bonn): **O obrzęku śledziony tętniącym (Gerhardt).**

Pod tym tytułem opisał pierwszy Gerhardt w r. 1882 w *Zeitschrift für klinische Medicin* ciekawe spostrzeżenie, jakie zrobił na pewnym chorym, młodym, silnie zbudowanym, z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty, a którego przyjął do kliniki z powodu zimnicy. Odnosiło się ono do śledziony obrzękłéj, która przy dotyku wywoływała wrażenie wyraźne, jakby się przy każdym skurczu serca powiększała, nabrzmiewała, a przy rozkurczu znowu się zmniejszała. Niedługo potém podał Gerhardt w tém samém czasopiśmie nowe dwa spostrzeżenia odnoszące się również do chorych dotkniętych niedomykalnością zastawek aorty i przypadkowo także zakażeniem malaryczném. Mimo, że Gerhardt wypowiedział przy téj sposobności zdanie, że prawdopodobnie zjawisko to nie jest takie rzadkie, jakby to z braku opisów w literaturze wynikało, mimoto P. nie znajduje w nowszéj literaturze nigdzie o czémś podobném wzmianki, dla tego podaje do wiadomości dwa swoje własne przypadki obserwowane w klinice w Bonn.

Pierwszy przypadek dotyczył 35-letniego mężczyzny, dotkniętego wadą na zastawkach półksiężycowych aorty w postaci niedomykalności takowych, który przez cztery półrocza często do kliniki się zgłaszał i często był podczas kursów badany i demonstrowany. Stan ten nie dokuczał wiele choremu, kompensata wady sercowéj się utrzymywała, aż dopiero przyjęty został do kliniki 4 listopada 1886 z powodu osłabienia, zwiększonego pragnienia, uczucia przelewania się płynów w brzuchu, a badanie fizyczne dozwalało na pewne prawie rozpoznać dur brzuszny, co też przy kilkodniowéj obserwacyi zupełnie potwierdzono. I byłby ten przypadek niewiele zwrócił uwagi P., gdyby nie uczucie doznane 6go dnia pobytu chorego przy obmacywaniu jego śledziony; uderzyło go rytmiczne poruszanie się jéj naprzód zupełnie równoczesne z uczuciem tętna na tętnicy dogłowowéj. W pierwszéj chwili myślał o udzieloném od serca tętnieniu, albo o wyczuwalném tylko tętnieniu aorty brzusznéj lub innéj jakiéj tętnicy. Dokładniejsze jednak badanie pouczyło go, że nie pochodzi to tętnienie zkądinąd, lecz że w obec tego, że śledzionę mógł zupełnie ująć i objąć palcami, jest to nie poruszaniem się jéj naprzód, lecz rytmiczném nabrzmiewaniem jéj i mógł dokładnie tak samo jak wszyscy na oddziale praktykujący wyczuć, jak, ile razy śledziona o palce badające uderzała, tyle razy nabrzmiewała, stawała się twardszą, grubszą i naprzemian klęsła. To samo można było w każdym czasie stwierdzić. P. widział się zmuszonym do wprowadzenia tego w związek z siłą popędową serca i uważał to jako przypadek obrzęku śledziony tętniącego (*pulsirender Milztumor-Gerhardt*). Dla poparcia tego zdania przytacza P., że gdy raz chory w drugim tygodniu duru doznał krwotoku z kiszek, tętnienie się wprawdzie jeszcze utrzymywało, ale było mniéj pełne w miarę jak serce słabło, gdy zaś z powodu osłabienia czynności serca w trzecim tygodniu choroby wstrzyknięto kamforę lub eteru, poprawa jéj objawiała się także i na lepiéj wyczuwalném tętnieniu śledziony. W miarę ustępowania duru i tętnienie się zmniejszało, a przy kilkorazowém badaniu chorego w różnych odstępach czasu po wyjściu jego z zakładu, nawet gdy serce zaczynało niekompensować i opuchlina wystąpiła, podobnego zjawiska wykazać nie można było.

Wiadomo, że przy wadach zastawek aorty z naturalnym znacznym następowym przerostem komórki lewéj widać już gołém okiem w odpowiednich miejscach tętnienie tętnic obwodowych, tém bardziéj będzieto widoczném w przypadkach, gdzie opór, jaki ściany naczyń przedstawiają z powodu jakichś porażeń nerwów ich w przebiegu chorób zakaźnych, odpada z utrzymującém się ich przepełnieniem krwią; a że śledziona nadto w przebiegu chorób zakaźnych stale bywa powiększoną, nie trzeba szukać, zdaniem P., jakichś wyszukanych tłumaczeń tego zjawiska i zgadza się pod tym względem zupełnie z Gerhardtem, że przyczyną tego jest nadmiernie spotęgowane parcie krwi i osłabienie ścian naczyń w przebiegu chorób zakaźnych gorączkowych.

Od tego czasu badał P. w tym kierunku wszystkich chorych, u których przerost lewéj komórki z rozmaitych przyczyn powstały można było wykazać, nigdy jednak podobnego zjawiska nie napotkał, aż dopiero w ostatnich czasach udało mu się widzieć zupełnie to samo zjawisko w téj saméj postaci u 37-letniego robotnika, który przyszedł do kliniki z zapaleniem płuca prawego włóknikowém i równoczesnym znacznym przerostem komórki lewéj; gdy wady żadnéj wykazać nie można było, przypuścił P., że przerost ten z pracy powstał (*Beschäftigungshypertrophie*), gdyż chory był kowalem. Objawy takie same, jak u wyżéj opisanego chorego, wystąpiły tu w piątym dniu choroby, i tu można się było przekonać, że tętnienie śledziony od serca zależało, bo w miarę, jak czynność serca kiedy niekiedy słabła, i ono się zmniejszało. Zapalenie płuc kończyło się *per lysin*, dla tego też i tętnienie pomału ustawało. W obu przypadkach przysłuch nad śledzioną nic nie wykazywał. Że mięsień sercowy przerosły musiał być zupełnie w obu przypadkach zdrów i silny, aby tak energicznie módz pracować, rozumie się samo przez się, zarówno, że przerost komórki lewéj przy zwężeniu zastawek aorty nawet znaczny podobnego zjawiska wywołać nie zdoła.

Jako godne wzmianki uważa P. także przy téj sposobności spostrzeżenie lekarza szpitalnego w Tyflisie Maissurianza (*Ueber das Milzgeräusch bei Febris intermittens. Petersb. med. Wochenschr.* 1884 Nr. 52), który u chorego na *intermittens* słyszał nad powiększoną znacznie śledzionę równoczesne z tętnem szmery, które tylko przepełnieniem naczyń śledziony krwią wytłumaczyć można. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887 Nr. 35). *H. K.*

Przyczynek do nauki o zołzach. Dr. Noeldchen dochodzi do następujących wniosków: 1) Zołzy i gruźlica nie są jedną i tą samą chorobą. Zołzy są dziedziczne a niezaraźliwe, gruźlica jest zaraźliwa a niedziedziczna. 2) Zołzy są najlepszą glebą odżywczą dla laseczników gruźliczych. Gdziekolwiekbądź można zastać laseczniki w tkance, uchodzącej za dotkniętą zołzami, mamy gruźlicę przed sobą. 3) Jeszcze niedostatecznie wyjaśniono, w jakim stosunku do nauki o lasecznikach gruźliczych stoi fakt wytworzenia się gruzełków przez wchłanianie rozpadających się mas serowatych, jak również przez zastrzykiwanie podskórne ropy zołzowej, chyba że przypuścimy, że lasecznik już istnieje w owych wytworach. 4) Dziedziczne zołzy i t. zw. dziedziczne usposobienie do gruźlicy są pojęciami identycznemi (w innym razie mielibyśmy dziedziczne usposobienie do zołzów, dziedziczne zołzy i dziedziczne usposobienie do gruźlicy). 5) Zołzy, jeśli nie przystępuje lasecznik gruźliczy, mogą skończyć się wyzdrowieniem i takie przypadki wcale nie są rzadkie. 6) Gruźlica może powstać bez poprzednich zołzów, przez bezpośredne zakażenie. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887, Nr. 44 do 49).

Dr. R. Spira.

Chirurgija.

Greffrath: **Kazuistyczne przyczynki do operacyi przetoki rzyci.**

Zestawiwszy poważny szereg przypadków tej choroby według odmiennych metod leczenia używanego w klinice prof. Czernego w Heidelbergu dochodzi G. do następujących wniosków:

1. Do operacyjnego leczenia przetok rzyci nadaje się najlepiej rozcięcie nożykowatym termokauterem Paquelina.

2. Istnieje związek przyczynowy między gruźlicą a przetoką rzyci. Gruźlica nie jest jednak przeciwwskazaniem do operacyi przetoki.

3. W skutku zapaleń tkanki łącznej u diabetyków powstają przetoki rzyci, tak że u ludzi dotkniętych takiemiż przetokami należy zawsze badać mocz na cukier. (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* t. 26). *A. O.*

Zabludowski (Berlin): **Przyczynek do wskazań i techniki mięsienia.**

Jest jeszcze wielu lekarzy, którzy nie wierzą w skuteczność mięsienia w tych przypadkach, gdzie przyczyna zmian w ruchach mięśni lub stawów lub innych części ustroju ludzkiego leży w nerwach obwodowych. Dr. Z. korzystając z kilku przypadków, jakie mu się nadarzyły do leczenia za pomocą mięsienia, a w których albo dla cierpienia w nerwach obwodowych albo z powodu spastycznych stężeń na podstawie obwodowej lub ośrodkowej opartych, skutek zadowalający osiągnął, przedstawił je na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego, wykazując zarazem, jak nietylko sposób zastosowania mięsienia ale i indywidualizowania każdego przypadku wpływa na skutek leczenia tą metodą.

Jeden dotyczył oficera armii holenderskiej, który już sześć lat przeszło leczył się z powodu cierpienia, zawsze ze skutkiem ujemnym albo nieznacznym. Podczas ćwiczeń w strzelaniu z armat został jeszcze w r. 1881 silnie uderzony w grzbiet ręki, od tego czasu czuł ból w przedramieniu i bezsilność znaczną, nie mógł nawet dla tego ręką prawą pisać i był zmuszony uczyć się pisać lewą; elektryzowanie, mięsienie, (u Dra Metzgera w Amsterdamie przez $1\frac{1}{2}$ roku), operacyje w okolicy uderzenia, oddłutowanie kawałka kości, naciąganie nerwu łokciowego nic nie pomagały, tak że chory chcąc się pozbyć bólów postanowił dać sobie odjąć rękę i w tym celu zjechał do Berlina do kliniki prof. Bergmanna. Badano go tu w narkozie i przekonano się, że ruchy czynne i bierne dobrze były utrzymane, gdyby nie obrzęk w okolicy stawów nadgarstkowych. Zalecono znowu mięsienie i polecono Zabludowskiemu; codziennie było jedno posiedzenie; już przy pierwszém zauważył Z., że chory nie znosi ze zwykłych kardynalnych ruchów w mięsieniu trzech t. j. *effleurage, petrissage* i *massage à friction*, że na nie ogromnie oddziaływa, podczas gdy stały ucisk nieprzerywany znosił, jeżeli tylko ruchy masujące wykonywano dośrodkowo. Robiono tak przez przeszło dwa tygodnie, poczém chory już i uderzanie (*tapotement*) znosił wcale dobrze. W tydzień potém zaczął ćwiczyć się w pisaniu prawą ręką, podnosić ciężary, a wnet potém wyjechał zdrów do Indyj.

W przypadkach sztywności w stawie po głębokich nacięciach okolicy z powodu spraw zapalnych i następowych blizn, nie należy czekać z mięsieniem, jak to zwykle się dzieje, aż blizny zupełnie zdrowe i stale się wytworzą, lecz już z chwilą rozpoczynającego się zabliźniania należy takowe zdaniem Z. rozpocząć, przykrywszy rany plastrem jakimś (np. borowym). W przypadku opisanym po wykonanej operacyi wydlutowania kawałka kości rany były znacznie ropiejące, niemające dążności do zagojenia się, a już po jednotygodniowém mięsieniu zaczęły się zabliźniać.

W jednym przypadku, gdzie była zmiana w ruchach mięśni po napadzie apoplektycznym, gdzie w skutek zmian w odżywieniu skóry wszędzie włosy powypadały, chory również nie znosił zwykłych ruchów, jakich przy mięsieniu używamy, wywoływały bowiem u niego nagle „wstrząśnienia, jak gdyby rażony był od piorunu," a znosił jednak ruchy ręką masujące, przerywane, nieciągłe, połączone z ruchami skocznemi. Po 6 dniach mógł już chory łóżko opuścić a po 14 dniach chodzić.

U chorej, której po przebytém zapaleniu kiszek pozostała przetoka w lewej okolicy, po niej blizna i następowe stężenie w stawie biodrowym, takie, że najmniejszy ruch wykonany w celu leczniczym tą odnogą wywoływał napad histeryczny, mięsienie umiejętne doprowadziło do tego, że napady wśród mięsienia przez 14 dni nie wystąpiły; rozdzielono wtedy zrosty w narkozie, zanik mięśni odnóg powstały w skutek nieużywania jej znikł i chora już teraz może chodzić opierając się na kulach.

Bardzo dobrze działa mięsienie u histeryczek, u których czy to w skutek napięcia powłok brzusznych, czy też w skutek nerwowego ściągania się ścian jelit, wytwarza się ich bezsilność w posuwaniu dalszém treści jelitowej; już po kilku tygodniach osiąga się bardzo piękne rezultaty. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 36). *H. K.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

I. Jadassohn (Wrocław): **Przyczynek do wiadomości o czerwieni cholery.**

Już w r. 1886 Poehl pierwszy zauważył, że prątki cholery w hodowlach dają z kwasami mineralnemi reakcyję i to barwę czerwoną. Spostrzeżenie to (podane w *Berl. deut. chem. Ges*, 1886) nie zwróciło wcale na siebie uwagi bakteryjologów, tak że Bujwid na nowo to samo spostrzeżenie zrobił i opisał je tego roku w *Zeitschrift f. Hygiene*.

J. zachęcony przez swego prof. Neissera postanowił zająć się bliższém zbadaniem tej zupełnie jeszcze nowej a tak dla nauki o mikrobach ważnej reakcyi; gdyby się bowiem

udało znaleźć właściwe chemiczne oddziaływanie na prątki pojedyncze a na choleryczne w szczególności, zyskałyby bakteryjologija i praktyczny lekarz sposób rozstrzygania rozpoznania choroby i stanowczego rozpoznania pojedynczych gatunków mikrobów, do czego nam dotychczas służy jedynie albo ich postać odmienna albo biologija. Form bakteryj mamy, jak wiadomo, bardzo mało, a biologija jeszcze bardzo ciemna.

Oddziaływanie na prątki polega na tém, że hodowle prątków cholery dają w pewnych materyjalach odżywczych z kwasami mineralnemi zabarwienie czerwone lub co rzadziéj ciemnofijoletowe. Bujwid poleca kwas solny, Dunham kwas siarkowy, Brieger, który chemiczną naturę tego zjawiska badał, również poleca kw. siarkowy. Dodatni rezultat otrzymuje się także z innemi kwasami, np. bromowym, fosforowym, mlekowym i szczawiowym, nigdy jednak oddziaływanie nie jest tak pięknem i wyraźnem jak z kwasami solnym, azotowym i siarkowym. Z tych trzech odczynników najlepszy znowu, zdaniem J., jest kwas solny, bo nie zmienia barwy odżywki w hodowli, bo oddziaływanie z nim największe ma znaczenie rozpoznawcze. Z pozostałych dwóch kwas azotowy daje ze wszystkiemi ciałami białkowatemi, żelatyną i agar-agarem zabarwienie żółte znane pod nazwą reakcyi ksantoproteinowéj, a kwas siarkowy (czysty) znowu spala odżywki dając z niemi zabarwienie brunatne, trzeba go więc pomału dodawać i rozcieńczony do połowy wodą destylowaną. J. badał przedewszystkiém jak się oddziaływanie w rozmaitych hodowlach udaje i przekonał się: że całkiem słusznie Dunham powiada, że na w o d z i e s t e r y l i z o w a n é j oddziaływania się nie otrzymuje nawet po zaszczepieniu większych ilości prątków, odżywka Pasteura jak ją podał Naegeli (z winianu amonowego 10·0, fosforanu wapna 10·0, siarkanu mag. 2·0, chlorku wapna 1·0 i wody dest. 1000·0) również daje wynik ujemny z wymienionemi odczynnikami; trzeba tu dodać, że w obydwu tych odżywkach prątki słabo się rozwijają, jakkolwiek w drugiéj bujniéj niż w pierwszéj. Odżywka agar-agar-peptonowa (peptonu mięsnego Kemmericha wchodzi w to $^1/_3$—$^1/_2$%, peptonu suchego 1% agar-agar $1^1/_2$%, zobojętnia się węglanem sodowym), w któréj hodowle piękne się otrzymuje, daje wybitne zabarwienie czerwone, już w pierwszéj minucie po dodaniu kwasu, coraz bardziéj się uwydatniające z każdą godziną. Podobnie piękne oddziaływanie i w takim samym czasie otrzymał J. na pepton-żelatynie (Kemmericha pepton mięsny $^1/_3$—$^1/_2$%, pepton czysty 1% żelatyna $7\ ^1/_2$% z dodatkiem białka zobojętnia się węglanem sodowym), jeśli się szkiełka, na których się bada, trzyma w piecu w ciepłocie pokojowéj dopiero po 48 godzinach. Rozchodziło się teraz po otrzymaniu takich wyników z rozmaitemi odżywkami o rozstrzygnięcie, czy słusznie twierdzi D u n h a m, że do otrzymania oddziaływania potrzeba koniecznie obecności peptonu; rozwiązanie tego pytania szczęśliwie udało się J. po zrobieniu doświadczeń z odżywkami niezawierającemi peptonu (sterylizowana woda z żelatyną, mięso cielęce, płyn z puchliny jądra, surowica krwi, mleko) z rozmaitemi wynikami, przecież na niekorzyść Dunhama, t. j. że niekoniecznie musi być obecny w odżywce pepton, aby otrzymać oddziaływanie. Przy téj sposobności przekonał się, że niesłusznie twierdzi Dunham, jakoby oddziaływanie tylko tam występowało, gdzie rozwój prątków jest bujny. Za to kilkakrotnie przekonał się J., że aby reakcyję otrzymać, musi być dostęp tlenu do hodowli wolny, bo np. po nalaniu na odżywkę, któréj zaszczepiono prątki cholery, grubszéj warstwy oliwy, oddziaływania się nie otrzymuje, po nalaniu cieńszéj tylko słabe i to dopiero po dłuższym czasie działania kwasu. Za to zupełnie zgadza się z Dunhamem i innymi, że jeżeli hodowla nie jest czysta lecz zawiera jeszcze inne bakteryje lub prątki, reakcyja nie udaje się tak dobrze lub z niejednym z odczynników wcale nie. W jednem doświadczeniu, gdzie już hodowla na agar-agar 6 miesięcy stała, a z któréj już dalszych kolonij nawet otrzymać nie można było, dla tego że była czysta, jeszcze oddziaływanie wyraźne z kwasem solnym otrzymał.

Teraz dopiero J. zadaje sobie pytanie, czy opisane oddziaływanie jest dla prątków cholery właściwém lub czy może powtarza się ono i przy innych mikroorganizmach? Bujwid podaje, że prątki podobne swą postacią do prątków cholery nie dają jéj. Dr. Jadassohn przy następujących nie dostał żadnego oddziaływania: *Bacilus mycoides, bacillus mesenter. vulgatus* (prątek ziemniaków), *bac. prodigiosus, bacillus ruber indicus, bacillus fluorescens, bacillus anthracis, proteus vulgaris, proteus mirabilis, bac. saprogenes, bac. subtilis*, prątek durowy (Eberth), dyfterytyczny królików (Ribbert), prątek zaczynowy kwasu propionowego i maslowego, *bac. cavicida* (Brieger), *bac. pseudopneumonicus, micrococcus pyogenes aureus, pyogenes albus, tetragenus* (Koch). Za to jednako się zachowują względem kwasów bakteryje Finkler-Priora, Denekego i Millera, *bacillus pyogenes foetidus* (Passet) i *bacil. Neapolitanus* (Emmerich), gdyż w starszych hodowlach dają z kwasami oddziaływanie, szczególnie pięknie czerwone z kw. azotowym. Co do chemicznéj natury czerwieni cholerycznéj to Brieger uważa ją za i s t o t ę z b l i ż o n ą d o i n d o l u. Z dalszych własności tego oddziaływania wspomnieć jeszcze musimy w naszem sprawozdaniu o następujących: barwa czerwona staje się wyraźniejsza, jeśli się hodowla po dodaniu kwasu solnego ogrzeje. Jeśli się hodowlę zabarwioną za dodaniem kwasu zobojętni amonijakiem lub innemi alkalijami, następuje w chwili zobojętnienia nagłe odbarwienie, przez dodanie kwasu zabarwienie znowu występuje. Parę kropli chlorku wapna także sprowadza odbarwienie, ono jednak już niczém usunąć się nie daje, widoczna że barwik utworzony zostaje zupełnie chlorkiem wapna zniszczony.

Zbierając wszystko, co mu doświadczenia wykazały, J. zestawia następujące wnioski:

1. Czyste hodowle prątków cholery dają w odżywkach zawierających pepton z kwasem solnym w krótkim czasie zabarwienie czerwone, którego się nie udało otrzymać przy żadnym innym gatunku bakteryj.

2. To samo zabarwienie otrzymuje się także za dodaniem kw. azotowego i siarkowego; oddziaływanie to jednak mniéj jest charakterystycznem, gdyż działanie podobne kwasów, szczególnie azotowego, występuje i u innych, (jakkolwiek starszych hodowli), prątków, jak Finklera-Priora, Denekego Millera, prątka neapolitańskiego i *bac. pyogenes foetidus*.

3. Przyczyną oddziaływania zdaje się być ciało powstające z peptonu lub białka przy dostatecznym dopływie powietrza (tlenu); ciało to jest według poszukiwań Briegera derywatem indolu.

4. Zanieczyszczone hodowle prątków cholery dają po największéj części oddziaływanie tylko z kwasem azotowym. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1887, 16 i 17). *H. K.*

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 21—27 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z błonicy i dławca 2 (1 z. t.);

z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z gruźlicy 4 (11 z. t.); z zapalenia płuc 5 (5 z. t.); z zapalenia kiszek 8 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach krztuśca, 1 płonicy, 5 duru brzusznego (4 ze wsi), 3 czerwonki, 2 róży. W tygodniu od 14—20 sierpnia umarło z ospy: w Tarnopolu, w Tarnowie, w Czerniowcach, w Wiedniu i Pradze po 1; w Tryjeście 3, w Rzymie 4, w Warszawie 21, w Paryżu 11, w Petersburgu 6. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 18, w Londynie 14. Z odry umarło w Drohobyczu, w Stanisławowie, w Tarnopolu, w Czerniowcach po 1; w Londynie 32, w Kopenhadze 13. Z płonicy umarło we Lwowie 2, w Wiedniu 11, w Londynie 23. Z błonicy i dławca umarło we Lwowie, w Brodach po 1, w Stanisławowie 2, w Tarnopolu 3, w Tarnowie 1, w Berlinie 16, w Paryżu 18, w Londynie 32, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło we Lwowie i w Drohobyczu po 1, w Londynie 50.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,2; we Lwowie 31,8; w Brodach 33,0; w Drohobyczu 30,1; w Kołomyi 24,0; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 32,6; w Tarnopolu 38,0; w Tarnowie 32,5; w Czerniowcach 37,0; w Warszawie 29,6; w Poznaniu 36,1; w Wiedniu 23,4; w Salcburgu 31,0; w Gracu 22,8; w Tryjeście 30,8; w Insbruku 25,8; w Pradze 30,0; w Bernie 33,3; w Ołomuńcu 30,7; w Opawie 25,8; w Berlinie 26,3; we Wrocławiu 31,6; w Gdańsku 29,8; w Dreźnie 25,8; we Fryburgu 26,7; w Hamburgu 30,1; w Kolonii 30,6; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 40,3; w Strasburgu 25,9; w Amsterdamie 21,4; w Brukseli 21,3; w Budapeszcie 32,4; w Chrystyjanii 27,2; w Kopenhadze 25,4; w Londynie 21,2; w Odesie 29,8; w Paryżu 20,4; w Petersburgu 24,0; w Rzymie 28,2, w Stokholmie 21,3; w Tryjeście 28,4; w Wenecyi 22,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 19 października. Na posiedzeniu odbytém d. 14 bm. Wydział lekarski zamianował Dra Momidłowskiego asystentem przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj przez rok dalszy, Dra Sondermajera drugim asystentem przy klinice chirurgicznéj na 2 lata a Dra Kijasa bezpłatnym elewem przy klinice lekarskiéj na 2 lata.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego, pierwszém po wakacyjach, odbytém dnia dzisiejszego, kol. Obaliński mówił o ciekawym przypadku laparotomii, w dyskusyi brali udział: koll. Trzebicky, Rosner, Korczyński, Rydygier, Jaworski, następnie kol. prezes opisał przypadek zapowiedziany.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpoczęło już druk dzieła Dujardin-Beaumetza o higijenie żywienia się, w tłumaczeniu Dra Dobieszewskiego. Następném dziełem nakładem tegoż Towarzystwa ukazać się mającém będzie prawdopodobnie ginekologija, napisana przez Dra Władysława Bylickiego we Lwowie, którego rękopism już jest na ukończeniu.

* Dowiadujemy się, że na ostatniém posiedzeniu Rady m. Krakowa uczyniono wniosek względem utworzenia ogrodu miejskiego w rodzaju wiedeńskiego prateru na placu Wystawy. Nie wdając się w rozbiór téj kwestyi ze stanowiska ekonomicznego przyznać musimy, że myśl ta jest szczęśliwą, i że utworzenie ogrodu obszernego w pobliżu miasta z wolnym wstępem dla każdego, ze względów zdrowotnych zasługuje na poparcie każdego, któremu dobro ludności zwłaszcza mniéj zamożnéj leży na sercu. Byłoby zaprawdę ubolewania godném, gdyby miasto omieszkało korzystać ze sposobności przysporzenia mieszkańcom miejsca, tak odpowiedniego dla wycieczek bliskich, pieszych, gdzie powietrzem świeższém oddychać mogliby ci, którym stosunki nie pozwalają śród lata szukać schronienia na wsi.

* Dr. Jan Rosner, b. asystent prof. Madurowicza, osiadł we Lwowie, gdzie wykonywać będzie praktykę. Również przeniósł się do Lwowa Dr. Prus, gdzie znalazł zajęcie w zakładzie weterynarskim.

* Najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu proponowała zgodnie z Radą sanitarną dolnoaustryjacką na prymaryjusza oddziału chorób syfilit. w szpitalu powszechnym prof. Edwarda Langa w Insbruku, a na dyrektora szpitala Rudolfa sekretarza w Ministerstwie spraw wewnętrznych Dra Ullmanna, — obydwóch jednogłośnie. Nominacyja prof. Langa już nastąpiła.

* W maju 1888 prof. Donders w Utrechcie kończy 70 rok życia i odpowiednio do ustaw krajowych ustępuje z katedry. Aby uczcić wielkie zasługi fizyologa i okulisty utworzył się komitet, składający się z uczonych i dostojników całéj Holandyi, który zbierze fundusz na stypendyjum wedle uznania jubilata. Komitet ten zaprasza także lekarzy i uczonych zakrajowych do udziału.

* W tygodniu przeszłym dzienniki polityczne doniosły, że Dr. Henryk Blumenfeld lekarz naczelny kolei żelaznéj w Białogrodzie w Serbii, został uwięziony, podejrzany o jakąś zbrodnię, a następnie za kancyją na wolną nogę puszczony. Dr. B., krakowianin i wychowaniec szkół tutejszych, następnie przez lat kilka sekundaryjusz przy tutejszym szpitalu św. Łazarza, używał u nas najlepszéj sławy, jako lekarz zdolny, skromny i gorliwy w pełnieniu obowiązków. Dowiadujemy się, że człowiek, oddalony ze służby z powodu barwoślepiu, pałając zemstą oskarżył lekarza o udział w fałszowaniu banknotów serbskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** D. 14 bm. odbyła się w Wiedniu inauguracyja tegorocznego rektora uniwersytetu prof. farmakologii Vogla, który mówił o znaczeniu Garcii de Orta dla farmakognozyi. (Słynny lekarz portugalski, żyjący w 1éj połowie 16go wieku, reformator farmacyi). — **Marburg.** Docent prym. Dr. Jan Strahl mianowany został nadzw. profesorem anatomii opisowéj.

* W Uniwersytecie czeskim zapisało się w półroczu bieżącém: prawników 965, medyków 1021, filozofów i farmaceutów 195; wszystkich zatém słuchaczów jest dotąd 2278. — Natomiast zapisało się w Uniwersytecie niemieckim w Pradze: na teologiję 280 słuchaczy, na prawo 448, na medycynę 566, na filozofiję 83, czyli razem 1377, — o po odtrąceniu teologów 1097, czyli mniéj niż o połowę aniżeli w uniwersytecie czeskim. Czy to także cyfra sztuczna?

* Liczba uczniów medycyny w półroczu letniém 1887 wynosiła: w Wiedniu 2178, w Monachijum 1211, w Berlinie 1140, w Würzburgu 899, w Lipsku 713, w Gracu 540, w Gryfii 528, w Fryburgu 479, w Wrocławiu 390, w Bonie 371, w Marburgu 360, w Hali 330, w Kielu 292, w Zurychu 277, w Tübindze 272, w Królewcu 270, w Erlandze 262, w Gietyndze 248, w Heidelbergu 240, w Strasburgu 221, w Insbruku 219, w Jenie 213, w Giessen 141, w Rostoku 121, w Genewie 115, w Bazylei 113.

* **Nekrologija.** W Chrystyjanii umarł anatomii Dr. Jensen. — W Honolulu umarł słynny podróżnik Dr. med. Karol Passavant w 33 roku życia.

W Berlinie umarł sławny fizyk Gustaw Robert Kirchhoff, urodzony d. 12 marca 1824 w Królewcu, od r. 1854 profesor w Heidelbergu, gdzie wspólnie z Bunsenem odkrył analizę spektralną i ogłosił pierwsze badanie nad widmem słoneczném.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 41: Baranowskiego: Uleczalność suchot gardlanych (dok.); Rybickiego: Krytyczny pogląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.).— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych, zapalnego pochodzenia; Strzemińskiego: Antypiryna i antyfebryna jako środki kojące bóle; Sztampkego: Bąblica ostra jako choroba ogólna zakaźna, jéj przebieg i leczenie.

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* z. III: Jegorowa (z pracowni prof. Dogiela): O wpływie n. współczulnego na zmianę żrenicy u ptaków; Biernackiego (z pracowni prof. Tumasa w Warszawie): O własności środków przeciwfermentacyjnych wzmagania i wstrzymywania fermentacyi wyskokowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Gulińskiego: Przypadek połogowego zap. spojenia łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Grünbauma: Rana postrzałowa brzucha; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie

i leczeniu drgawek porodowych (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 3: Smoleńskiego: Zadanie hydroterapii w chorobach serca. — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 10: Wiek młodzieńczy. — Jakim winien być nauczyciel. — O gimnastyce ze stanowiska estetyki.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Adolf BAGINSKY: Życie kobiety. Listy o higijenie kobiecego organizmu. Z najnowszego wydania niemieckiego przełożyli Ad. W. i Ed. G. Warszawa 1887, in 8vo str. 177

Privat-Augenklinik von T. INOUYE (Tokio): Bericht ü. d. Jahr 1885—1886 in 8vo str. 12 i 8.

W. SZUMLAŃSKI: Sprawozdanie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu zapasowym w ciągu roku 1887 (Odbitka z *Medycyny*) in 8vo str. 12, 2 tabl.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na I. elewa przy klinice chirurgicznéj z płacą 500 złr. rocznie.

Podania mają być wniesione na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego do dnia 1 Listopada b. r.

Kraków dnia 20 Października 1887. *N. Cybulski.*

L. 10684. pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia Wysokiego c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. P. Nr. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych w Listopadzie b. r., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa najdaléj do 25 Października b. r. i zaopatrzone w dowody wymagane § 7, względnie 17, powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa

We Lwowie dnia 10 Października 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 29 Października 1887. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clément, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clément.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4 „	6 „

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj w Królewcu.

Topograficzno- anatomiczne spostrzeżenia w zakresie n. współczulnego szyi.

Podał **Dr. T. Drobnik.**

Do najmniéj uwzględnionych przez anatomiję topograficzną narządów nerwowych należy n. współczulny. Przyczyna tego podwójna. Najpierw do niedawna jeszcze zdawało się chirurgom i anatomom, że sposobność obrażenia tego nerwu podczas operacyi dla głębokiego i ukrytego położenia nie zdarza się wcale. Drugiéj przyczyny, zdaniem mojém, szukać należy w niedokładnéj znajomości czynności n. współczulnego. I dzisiaj jeszcze niestety przyznać musimy z Hyrtlem, że fizyjologicznéj roli tego nerwu więcéj się domyślamy, niż ją dokładnie znamy i pojmujemy. Że jednak pierwsza przyczyna upadła, myślę więc, że będzie na czasie, jeżeli podam kilka uwag będących nieraz bezpośrednio w związku z praktyką chirurgiczną, a tyczących się topografii i rozgałęzienia n. współczulnego w części jego szyjnéj.

W celu jak najkrótszego załatwienia się z przedmiotem pominę wszelkie prostowanie zdań innych autorów, o ile to bez uszczerbku dla sprawy uczynić będzie można, i tylko rezultaty własnych poszukiwań będę się starał streścić.

Pod względem chirurgicznym, w téj pracy mnie szczególnie zajmującym, następujące tylko części n. współczulnego szyi zasługują na uwagę:

1. Odnoga zstępująca górnego zwoju współczulnego.
2. Zwój średni czyli tarczykowy.
3. Gałęzie sercowe (pierwsza i druga) n. współczulnego.
4. Stosunek n. współczulnego do n. krtaniowego górnego
5. Stosunek n. współczulnego do n. wstecznego.
6. Stosunek do tchawicy i gruczołu tarczykowego.
7. Stosunek do tętnicy tarczykowéj dolnéj.

Krańcowa struna n. współczulnego leży na szyi pomiędzy mięśniami przedkręgowemi a wielkiemi naczyniami szyi i n. błędnym. Mięsień długi szyi tworzy z m. prostym głowy przednim większym mniéj lub więcéj głęboką brózdę, w któréj często strunę krańcową odnaleźć można. Częściéj jednak przebiega ona wzdłuż i przed m. długim szyi. Zdanie Fischera (*Krankheiten des Halses. Handbuch d. allgemeinen und speciellen Chirurgie v. Pitha u. Billroth.* Erlangen, 1871. str. 14) podług którego nerw ten stale we wyżéj wzmiankowanéj brózdzie, nawiasem mówiąc, w miejscu dla niego bardzo dogodném, ma się znajdować, uważać należy jako niesłuszne.

Uderzające swą rozmaitością są opisy, znajdujące się w podręcznikach anatomii topograficznéj, stosunku struny krańcowéj szyi do głębokich powięzi téj części ciała. Z chaosu najrozmaitszych, a zwykle z wielką pewnością wypowiadanych zdań, nie podobna żadną miarą wytworzyć sobie dokładnego obrazu, w przybliżeniu odpowiadającego rzeczywistości. Führer (*Handbuch der chirurgischen Anatomie.* Berlin, 1857) twierdzi o przebiegu „struny krańcowéj“: *verläuft zu beiden Seiten auf den Muskeln vor der Wirbelsäule unter der Fascia vertebralis oder oberflächlich in einer Falte derselben.* Wręcz przeciwnie opisuje tę rzecz Henke (*Topographische Anatomie des Menschen.* Berlin, 1883): „*Der Sympathicus dagegen* (w przeciwstawieniu do n. błędnego) *mehr dem Bindegewebe der Muskeln anhängt, welche hier die Querfortsätze überziehen*“. Zbliżone do Führera zdanie wypowiada Tillaux (*Traite d'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie.* Paryż, 1884): „*Quand au nerf grand sympathique il est plus profondément situé et complètement séparé du faisceau vasculo-nerveux par un feuillet aponévrotique special, qui est une dépendance de l'aponevrose profonde ou prévertébrale*“. Na cięciu poprzeczném (Tamże, str. 457) wykonaném na wysokości 6go kręgu szyi i podaném w wymienionêm dziele Tillauxa w celu demonstracyi powięzi szyi nie znajdujemy żadnego „*feuillet aponevrotique special*“ dla struny krańcowéj. Przy opisie powięzi szyi (Tamże, str. 465)

Tillaux czyni w następujący sposób wzmiankę o n. współczulnym: „*Le nerf grand sympathique s'y trouve compris dans un dédoublement du feuillet prévertebrale et par conséquent dans une gaine différents de celle des gros vaissaux du cou*“. Fischer wreszcie w wyżéj wymienioném dziele mniema, że struna krańcowa otulona jest przez powięź przedkręgową, któréj budowę jako komórkowatą opisuje, prawdopodobnie chcąc powiedzieć, że składa się z luźnéj tkanki łącznéj.

Dla wyjaśnienia sprawy przedewszystkiém należy sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o powięziach, będących przedmiotem opisu. Sprawa niełatwa. Każdy prawie autor podaje inny opis powięzi szyi. Rzecz, zdaniem mojém, ma się jak następuje: Najpierw odróżnić trzeba od reszty tkanki łącznéj szyi powięź przedkręgową, otulającą mięśnie przedkręgowe. Budowa téj powięzi po większéj części na różnych preparatach rozmaicie się przedstawia. W górnych środkowych częściach szyi najczęściéj jest ona luźną, ku dołowi i w okolicy wyrostków poprzecznych staje się więcéj ścisłą. W każdym razie należy ją uważać jako podlegającą licznym przejściom od zupełnie luźnéj tkanki łącznéj aż do dobrze określonéj i dającéj się odróżnić za pomocą noża i szczypiec powięzi.

Do powięzi przedkręgowéj przylega od przodu głęboka powięź szyi, w rzeczywistości przedstawiająca się jako tkanka łączna w niektórych miejscach silniéj powięzowato rozwinięta, otulająca większą część mięśni szyi, naczynia, nerwy i wnętrzności szyi (krtań, przełyk, tchawicę i gruczoł tarczykowy). Powięź ta zaczyna się u spodu czaszki, gdzie jest szczególnie w około żyły szyjnéj wewnętrznéj, tętnicy szyjnéj wewnętrznéj, n. błędnego, n. dodatkowego, języko-ruchowego, języko-gardlowego silnie rozwiniętą, tworząc w około nich pochwę, otulającą wszystkie te twory. Od ścian téj pochwy rozchodzą się na wewnątrz pomiędzy nerwy i naczynia pasma tkanki łącznéj oddzielające je od siebie. Jedno z nich przy spodzie czaszki daje się szczególniéj odróżnić. Oddziela ono n. błędny i żyłę szyjną od tętnicy tegoż nazwiska. Z tych pasm tkanki łącznéj wytwarza się ku dołowi pochwa głównych naczyń szyjnych, podczas gdy przednia ściana rozdziela się, aby zaopatrzyć wnętrzności i mięśnie szyi, tylna zaś ściana rozluźniająca się po większéj części ku dołowi w swéj budowie, otrzymuje przeznaczenie otulenia krańcowéj struny wraz z jéj główniejszemi odnogami. N. współczulny występuje jako zwój górny szyi na wysokości mniéj lub więcéj drugiego kręgu i położony jest najdaléj ku tyłowi ogólnéj pochwy naczynio-nerwowéj, przyciśnięty do tylnéj ściany i zespojony z nią tkanką łączną od téjże się oddzielającą. Na stosownym preparacie uchwycić mogę w kleszcze tak przednią jak tylną ścianę pochwy podczaszkowéj. Przy podniesieniu tylnéj ściany wraz z n. współczulnym rozrywa się z wszelką łatwością luźna tkanka łącząca ją z powięzią przedkręgową.

Odnoga zstępująca górnego zwoju n. współczulnego.

Pod względem długości, kształtu i objętości odznacza się odnoga zstępująca górnego zwoju n. współczulnego, jak cały system nerwowy współczulny szyi, wielką niestałością. Długość zależy w pierwszym rzędzie od długości szyi w ogóle. Nie bez znacznego jednak wpływu na długość jest kształt zwoju górnego i istnienie średniego. Zwój górny ma postać wrzecionowatą; oś jego zwyczajnie $1\frac{1}{2}$—2cm. długa, rozciąga się nierzadko aż do 4 a nawet 5cm. Objętość do długości pozostaje w odwrotnym stosunku od 5 do 2mm. Odnoga zstępująca więc tém dłuższą będzie, im krótszy jest zwój górny. Oznaczenie dokładne jest niemożliwe i nie ma żadnego praktycznego celu. Postać jéj jest po większéj części walcowata, nierzadko jednak spłaszczona. Przy ocenie więc, czy odnoga zstępująca zwoju górnego została spłaszczoną przez ciśnienie guza, trzeba być ostrożnym. Tkanka łączna otulająca odnogę zstępującą górnego zwoju, a należąca, jak wykazałem, do głębokiéj powięzi szyi, jest w wielu przypadkach luźną. Nie rzadko jednak napotkać ją można zgrubiałą, barwy sino- lub żółtawo białéj. Zdarza się to szczególnie w razach, w których na szyi lub w jéj najbliższéj okolicy z nią pośrednio przez naczynia limfatyczne w styczności będącéj, sprawy zapalne przewlekłe, a więc przeważnie istoty gruźliczéj, występują, lub powoli rosnące guzy się rozwijają. W ogólności jednak powięź, o któréj mowa, bardzo jest rozmaitą pod względem ścisłości budowy i, jak wszystkie tkanki łączne, zdaje się być usposobioną do energicznego oddziaływania na podrażnienia zapalne działające powoli, nietylko pomnożeniem ale i zespojeniem składających ją komórek. W skutek téj właściwości powięzi uważać należy n. współczulny szyi, a szczególnie gałąź zstępującą, jako względnie najlepiéj ukrytą i zabezpieczoną przed wielu przypadłościami, szczególnie przed ropieniem gruźliczém tak gruczołów limfatycznych szyi, jak ropni ściekowych, daléj przed wolno rozwijającemi się niezłośliwemi guzami, do których, oprócz rozmaitych torbieli występujących w głębszych częściach szyi, przedewszystkiém wole zaliczyć należy. Przeciwko złośliwym nowotworom i guzom tkanka otulająca n. współczulny na szyi ochrony dać nie może. To się samo przez się rozumie.

Z anatomicznego układu i położenia n. współczulnego wynika daléj, że tenże nigdy nie może być wypartym ze swego położenia przez guzy powstałe w częściach objętych przedniemi blaszkami głębokiéj powięzi szyi. Przeciwnie n. błędny ze żyłą i tętnicą szyjną. Wielkie guzy niezrośnięte z tylną ścianą szyi, dają się bezpiecznie wyłuszczyć bez narażenia struny krańcowéj na niebezpieczeństwo zerwania lub przecięcia. (O gałęziach strony krańcowéj poniżéj będzie mowa).

Zwój średni struny krańcowéj szyi.

Niestały pod względem postaci, wielkości i stosunku do otaczających go utworów zwój średni struny krańcowéj szyi spotykamy, w razach gdy istnieje, często na jednéj stronie, nie ma go na drugiéj; zasługuje on na szczególną uwagę chirurgów z powodu styczności z tętnicą tarczykową dolną. Postać jego zwykle opisują jako wrzecionowatą. Zdanie to jest mylne. Przeciwnie, wrzecionowaty zwój średni rzadko napotkać się daje, o wiele częściéj widzimy go spłaszczony, nieregularno-wieloboczny, nawet na dwie części, połączone dwiema stosunkowo grubemi strunami, rozerwany. Ciekawe, a pod względem chirurgicznym uwagi godne, jest jego zachowanie się w obec tętnicy tarczykowéj dolnéj. Spotykamy ją ze zwojem średnim na wysokości pierwszego swego zagięcia [1]). Jeżeli jest niepodzielony, leży on przeważnie tuż ponad nią, w przeciwnym razie, część jedna większa leży nad nią, część druga mniejsza zwykle poniżéj niéj. Części te połączone są ze sobą dość grubemi nićmi nerwowemi, z których jedna może być także cieńszą, tworzącemi jakby

[1]) Opis zachowania się zwoju średniego w obec tętnicy tarczykowéj dolnéj w całości prawie daje się zastósować także do struny krańcowéj dolnéj, spotykającéj się z tém naczyniem w razie jego nieobecności w tém samém miejscu i w tych samych anatomicznych warunkach.

ucho od igły, przez które przeciska się tętnica tarczykowa dolna. Podobne ułożenie znajdujemy nieraz także w razach nieistnienia zwoju średniego. Struna krańcowa bowiem dzieli się wtenczas powyżéj tętnicy na odnogi co do objętości równe lub częściéj nierówne, łączące się poniżéj niéj znowu w jeden pień. Szczelina utworzona w ten sposób pomiędzy włóknami nerwowemi struny krańcowéj bywa zwykle obszerniejszą od ucha utworzonego przez zwój średni, lecz bywa także niekiedy bardzo ciasną, robiącą wrażenie, jakoby tętnica tarczykowa dolna przez nią przeciskać się musiała. Takie ułożenie anatomiczne, na które dotychczas, o ile mi wiadomo, nie zwrócono uwagi, zdaje mi się być ważném w razach silnego powiększenia się objętości tętnicy w przypadkach wola i choroby Basedowa, naraża bowiem włókna nerwowe co najmniéj na ciągłe drażnienie przez tętnienie, może sprowadzić zanik włókien nerwowych i przy nagłych poruszeniach głowy lub niedogodném jéj ułożeniu wywołać przerwanie struny krańcowéj. Szczęściem układu podobnego, choć dość częstego, nie spotykamy zawsze na obu stronach. Po największéj części na jednéj stronie swobodniejsze panują stosunki pomiędzy struną krańcową a tętnicą tarczykową dolną, zmniejszające bezpośrednie niebezpieczeństwo. Zdaje mi się, że wiele nierozwikłanych dotychczas przypadłości uważanych u chorych na wole, odnoszących się bądź do serca i układu naczyniowego, bądź z oddychaniem bliższą styczność mające, dają się wytłumaczyć przez dopiero co opisane stosunki anatomiczne. Wszakżeż wiemy, że niektóre objawy wola występują tylko śród rozdrażnienia umysłowego [1]) lub u kobiet podczas miesiączki, gdy naczynia tarczykowe nagle się rozszerzają. Objawy te u kobiet tłumaczono dotychczas peryjodyczném szybkiém zwiększaniem się wola przez silniejszy napływ krwi. Skutkiem powiększenia guza miało być ciśnienie na tchawicę, na n. błędny a nawet na strunę krańcową. Byłoto jedyne tłumaczenie niejasnych objawów i przypadłości wola i dla tego przytaczano je zawsze, pomimo jego niepewności a czasem nawet nieprawdopodobieństwa. Pewnego powiększenia wola wprawdzie w skutek silniejszego napływu krwi, a może i utrudnionego odpływu zaprzeczyć nie można, lecz ono nie wystarcza do wywołania bardzo gwałtownych nieraz i nagłych objawów. Przypuszczenie moje potrzebuje sprawdzenia na stole sekcyjnym, ponieważ nie może być potwierdzoném za pomocą wiwisekcyi i faktów zaczerpniętych z fizyjologii, która nas przy ocenieniu dokładném wielu objawów ze strony n. współczulnego prawie zupełnie opuszcza.

Odnogi sercowe struny krańcowéj szyi.

Z pomiędzy trzech odnóg sercowych na szczególne uwzględnienie zasługują tylko dwie górne, trzecia biorąca swój początek z dolnego zwoju współczulnego szyi do tego czasu nie weszła w obręb operacyj praktykowanych na téj części ciała.

[1]) Podczas gwałtownych wybuchów namiętności i uczuć zauważyć można towarzyszące przekrwieniu lub niedokrewności twarzy ciśnienie w okolicy krtani, połączone ze zmianą głosu, stającego się chropowatym. Równocześnie czujemy zciśnienie lub udręczenie (*angoisse*) w piersiach, któremu towarzyszy przyspieszone i powierzchowne oddychanie. Napad trwa niedługo i ustępuje przekrwieniu twarzy, a więc prawdopodobnie i mózgu, i głębokiemu oddychaniu. Objaw pierwszy polega częściowo na przekrwieniu w zakresie tętnic tarczykowych, wywołaném może skurczeniem tętnic mózgowych, podczas gdy jako powód choć nie przyczynę drugiego objawu tężec (*tetanus*) mięśni tchawicy i oskrzeli uważać należy.

Odnoga pierwsza oddziela się od struny krańcowéj dość często już ze zwoju górnego po większéj części kilku nićmi. Początek ten jednakowoż stałym nie jest, gdyż również często zauważyć można wszystkie nici składające się na pierwszą odnogę sercową, wychodzące z odnogi zstępującéj górnego zwoju. Po złączeniu się wszystkich gałązek, znajdującém się często daleko od struny krańcowéj, pierwsza odnoga sercowa dąży ku wewnętrznéj ścianie tętnicy szyjnéj wspólnéj, z którą znika w klatce piersiowéj. Na szyi przebiega ona skośnie wzdłuż wewnętrznego krańca mięśnia długiego szyi.

Druga odnoga sercowa odczepia się od struny krańcowéj tuż ponad tętnicą tarczykową dolną, lub w razie istnienia zwoju średniego od tegoż. Powstaje ona z dwu albo trzech krótkich ramion i dąży na lewéj stronie ku tylnéj ścianie tętnicy podobojczykowéj, na prawej zaś do tętnicy bezimiennéj, aby z ich pochwami dostać się do osierdzia. Obie te odnogi otulone w tę samą tkankę łączną co struna krańcowa. Skutkiem tego do nich to samo zastósować można, co powyżéj powiedziałem o wpływie spraw zapalnych i guzów na strunę krańcową. Guzy pochodzące z okolicy tętnicy szyjnéj wspólnéj, a więc szczególnie wole, zagrażać muszą wprzód gałęziom sercowym, następnie dopiero saméj strunie krańcowéj. Odwrotnie ma się rzecz z guzami powstającemi z gruczołów limfatycznych, ciągnących się wzdłuż żyły szyjowéj wewnętrznéj.

Stósunek współczulnego systemu nerwowego szyi do nerwu krtaniowego górnego.

Nerw krtaniowy górny odczepia się od nerwu błędnego $1\frac{1}{2}$—2 cm. powyżéj zwoju górnego struny krańcowéj, przebiega skośnie od góry zewnątrz na dół i wewnątrz przed tymże i dzieli się ostatecznie na odnogę wewnętrzną, czuciową i na gałąź zewnętrzną, zawierającą oprócz czuciowych włókien, kończących się na dolnéj ścianie dolnéj struny głosowéj także ruchowe dla mięśnia pierścienio-tarczykowego (Longet: *Anatomie et Physiologie du système nerveux.* Tom II, Paryż, 1842). Oprócz tych włókien ruchowych, pochodzących prawdopodobnie z torów n. dodatkowego, dołączają się do n. krtaniowego górnego także włókna pochodzenia współczulnego i wprawdzie przeważnie przez odnogę, łączącą pierwszą gałęź sercową z odnogą zewnętrzną górnego nerwu krtaniowego. Około téj odnogi n. błędnego wytwarza się często sieć gęsta złożona z nici nn. współczulnych. Wymiana włókien odbywa się za pomocą kilku nici łączących gałąź sercową z n. krtaniowym górnym. Z téj sieci nasadzonéj nieraz gęsto drobnemi zwojami idą ku tętnicy szyjnéj zewnętrznéj jak i do leżącego pomiędzy nią i tętnicą szyjną wewnętrzną t. zw. zwoju tętnicy szyjnéj [1]), w razie jego istnienia, cienkie nici nerwowe, łączące się ze splotem tętnicy szyjnéj zewnętrznéj, od niego zaś bardzo drobne gałązki do ściany tętnicy szyjnéj wspólnéj.

Führer w wyżéj wspomnianém dziele przypisuje spostrzegane czasem po podwiązaniu t. szyjnéj wspólnéj zaburzenia w czynnościach krtani, nerwom wysyłanym przez n. krtaniowy górny do ściany tętnicy szyjnéj wspólnéj. Luschka (*Anatomie des menschlichen Halses.* Tübinga, 1862) nazywa nerw ten nerwem zstępującym n. krtaniowego górnego. Podług rysunku jednak podanego przez tego autora

[1]) Zwój tętnicy szyjnéj uważano dawniéj jako jeden ze zwojów należących do narządu n. współczulnego szyi. Podług nowszych badań nie jest on niczém więcéj jak gruczołem naczyniowym.

zdaje mi się prawdopodobném, że jego n. zstępujący jest po prostu odnogą łączącą odnogę zewnętrzną n. krtaniowego górnego z pierwszą odnogą sercową struny krańcowéj. Nić ta zespalająca nigdy wprawdzie nie odchodzi w bezpośrednią styczność ze ścianą samą tętnicy szyjnéj wspólnéj, lecz jest w tylną ścianę jéj pochwy wrośniętą, i nieraz bardzo długą, tak że dopiero poniżéj tętnicy tarczykowéj dolnéj z pierwszą odnogą sercową się łączy, przy podwiązaniu więc tętnicy szyjnéj wspólnéj łatwo jakimkolwiek sposobem obrażoną być może.

Ze względu, że pomimo największéj troskliwości przy preparowaniu, nigdy nie udało mi się odszukać nerwu idącego w tym kierunku wprost lub pośrednio od n. krtaniowego górnego do tętnicy szyjnéj wspólnéj, jestem zmuszony uważać odnogę zespalającą ten nerw z pierwszą odnogą sercową jako przyczynę występujących zaburzeń w czynnościach krtani po podwiązaniu tętnicy szyjnéj wspólnéj. Bądź jak bądź, czy się rzecz ma tak, jak dopiero co wyłożyć się starałem, czy też wspomniane zaburzenia czynności krtani wywolane być mogą obrażeniem drobnych gałązek współczulnych, idących do tętnicy szyjnéj wspólnéj od splotu tętnicy szyjnéj zewnętrznéj, ciekawe to spostrzeżenie Führera, poświadczone zresztą przez Langenbecka i innych chirurgów, wskazuje, że w torach współczulnych szyi znajdują się pierwiastki nerwowe, których podrażnienie wywołuje lub wywołać może zaburzenia w czynnościach dróg oddechowych. Czy te włókna nerwowe, wywołujące prawdopodobnie sposobem odruchowym wymienione zaburzenia, do stałych składników współczulnych nici nerwowych szyi należą, czy też je jako zbłąkane przypadkowo tylko włókna n. błędnego uważać należy, o tém przy zupełnym braku fizyjologicznych danych odnoszących się do objawów, o których mowa, i niedostateczności patologicznych spostrzeżeń przesądzać mi nie wolno. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do laparotomii w gruźliczém zapaleniu otrzewny.

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
Docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Szybki postęp, jakim chirurgija operacyjna poszczycić się może, zdobył dla niéj w ostatnich latach cały szereg chorób, o których leczeniu operacyjném przed niedawnym jeszcze czasem zaledwo myśleć było można. Dla ręki chirurga dostępne jest dziś zarówno wnętrze czaszki, jama brzuszna, jak i rozliczne zaułki mieszczące się w stawach. Praktyczna chirurgija przyswoiła sobie i zużytkowała wszystkie zdobycze ostatnich lat dziesiątek z dziedziny medycyny teoretycznéj, a przedewszystkiém bakteryjologii i téjto okoliczności zawdzięcza ona szczególnie swój szybki rozwój. Pod pewnym względem nawet chirurgija praktyczna wyprzedziła teoryję, gdyż czasem, choć tylko przypadkiem, osiągnęła wyniki, których teoryja wytłumaczyć nam jeszcze nie umie. Tyczy się to szczególnéj przypadków gruźliczego zapalenia otrzewny wyleczonych przez laparotomiję.

Spencer Wells był wprawdzie pierwszym, który w jednym przypadku gruźlicy otrzewny osiągnął trwały wynik przez laparotomiję, pozostanie jednak zawsze niezaprzeczoną zasługą Königa, że ogłaszając (*Ueber diffuse peritoneale Tuberculose, Centralblatt für Chirurgie* 1884 Nr. 6) cztery tego rodzaju przypadki zwrócił powszechną uwagę na ten przedmiot. Od téj chwili, jak to zresztą z góry przewidzieć było można, mnożyły się ogłoszenia podobnych przypadków tak, że Kümmell (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów niemieckich, dodatek do *Centralblatt für Chirurgie* 1887 Nr. 25) mógł ich już na tegorocznym kongresie chirurgów podać przeszło 30.

Doliczając nasze 3 przypadki, których historyję poniżéj podać zamierzam, do wszystkich dotychczas ogłoszonych, mogę z całéj dotyczącéj a znanéj mi literatury zebrać 47 przypadków. Z następstw bezpośrednich po operacyi zmarły 3 pacyjentki (Naumann (*Fal af Tuberculosis peritonei behandlade med laparotomi.* Ref. w *Centalblatt f. Chir.* 1886 Nr. 2), Weinlechner (Weinstein *Ueber Peritonitis tuberculosa, Wiener med. Blätter* 1887 Nr. 17 i 18), podczas gdy u czwartéj (Czerny (*Gehle Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien*, Heidelberg 1881), rozwinęła się po laparotomii ostra ogólna gruźlica. U 5ciu chorych (König, Hofmokl (*Zur palliativen Incision bei Peritonitis tuberculosa, Wien. med. Woch.* 1887 Nr. 16), Kümmell (Sprawozdanie z 16 Zjazdu chirurgów), Hirschberg, Reuss (*Zur Palliativincision bei Peritonealtuberculose. Wien. med. Woch.* 1887 Nr. 34) zmarłych po kilku miesiącach w skutek ogólnéj gruźlicy, w jamie brzusznéj ponownie wypocina się nie nagromadziła. U jednéj choréj (Mikulicz) zmarłéj w 4 miesiące po operacyi z ogólnéj gruźlicy nie przyszło wcale do wyleczenia zapalenia otrzewny.

W 34 przypadkach (Sp. Wells (*Diagnose u. chir. Behandlung der Unterleibs-Geschwülste*, przekład Vragassyego, Wiedeń 1886 str. 17), (König, Naumann, Lindfors (*Zwei Falle von Tuberculose des Peritoneum*, Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1886 Nr. 28), (Hegar (*Die Entstehung, Diagnose u. chir. Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes*, Stuttgart 1886), (Mosetig (*Kasuistik aus der ersten chir. Abtheilung des k. k. Wiedener Krankenhauses, Wien. med. Woch.* 1885 Nr. 9 i 10), (Dohrn (*Deutsch. med. Woch.* 1879), (Schröder (*Beitrag zur chir. Verwendung des Jodoforms*, Ref. w rocznikach Schmidta 1883 t. 199), (Homans (*Exploratory abdominal incisions*, Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1885 Nr. 30), (Börner (*Zur differentiellen Diagnostik einiger Unterleibstumoren, Wiener med. Presse* 1887 Nr. 4—6), (Hartwig (Poten. *Ein Fall geheilter Bauchfelltuberculose, Centralblatt f. Gyn.* 1887 Nr. 3), (Billroth (przytoczone według Schwarza), (Kümmell, Esmarch (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów), (Wagner (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów), (Launois (*France médicale* 1882, przytoczone według Truca *Traitement de la péritonite*), (Jacobi (*Med. News* 1886 str. 192), (Letiévant (przytoczone według Truca), (Wade (*Lancet* 1886/I str. 343), (Frommel (*Bericht über meine Privatanstalt, Münch. med. Woch.* 1886 Nr. 23), (Mikulicz, Knaggs, Battlehner (Sprawozdanie z Igo Zjazdu ginekologów niemieckich *Arch. f. Gyn.* T. 28 zeszyt 3), Säxinger) nastąpiło wyleczenie choć i tutaj tu i owdzie (König, Hegar, Braun, Breisky (Schwarz. *Ueber die palliative Incision bei Peritonitis tuberculosa. W. med. Woch.* 1887 Nr. 13—15) znajdujemy wzmiankę o wzmaganiu się gruźlicy w płucach. Co do wyniku operacyi u 3ch pacyjentek operowanych przez Prochownicka nie mogłem zasięgnąć wieści. Największa liczba przypadków dotyczyła kobiet, bardzo tylko nieliczne mężczyzn lub dzieci, czego przyczyny w tém głównie należy upatrywać, że zabieg operacyjny przedsiębrano prawie zawsze w następstwie błędnego

rozpoznania, celem wydobycia domniemanego torbiela jajnikowego.

Przytoczone daty są bezwzględnie zanadto małe, aby na ich podstawie można rzecz całą wyczerpująco rozstrzygnąć, zwłaszcza gdy uwzględnimy, że gruźlica błon surowiczych nie należy znowu do wielkich rzadkości, i gdy zważymy, że po większej części ogłoszonemi zostały przypadki uwieńczone pomyślnym skutkiem, podczas gdy przypadki niepomyślne nierównie rzadziej dochodzą do powszechnej wiadomości. Samo rozpoznanie sprawy gruźliczej nie we wszystkich przypadkach było zupełnie pewnem, gdyż w kilku tylko badaniem drobnowidowem i bakteryjologicznem osiągnięto bezwzględną pewność pod tym względem. Nadto w niektórych przypadkach zbyt krótką była obserwacyja chorych po operacyi, aby polegając na niej, można było mówić stanowczo o trwałem wyleczeniu. Z drugiej jednak strony te przypadki, w których w czasie operacyi z bezwzględną pewnością rozpoznano gruźlicę otrzewny, a w których wyzdrowienie trwało już lat kilka (König, Hegar, Mikulicz i inni) wskazują nam dowodnie, że nie wolno nam się biernie zachowywać w obec tego cierpienia, owszem, że jesteśmy w prawie przystąpić do operacyi. Chociaż w niektórych ogłoszonych przypadkach nie osiągnięto trwałego wyleczenia, to przecież szczególniej zaznaczają tu wszyscy niemal operatorowie tę okoliczność, że po operacyi do ponownego nagromadzenia się płynu w jamie brzusznej nie przyszło, a chorzy po większej części wolnymi byli od wszelkich dolegliwości, przyczem i stan ich ogólny, choć tylko na kilka miesięcy, znacznie się poprawiał. Nie można wprawdzie zaprzeczyć temu, aby gruźlica w jamie brzusznej, tak, jak w innych okolicach ciała, nie mogła się samoistnie wygoić, gdyż ze wszechmiar wiarygodne obserwacyje to potwierdzają, w każdym jednak razie tak wyjątkowo pomyślne przypadki należą do nader rzadkich, tak, że lekarz tylko rzadko z taką możebnością liczyć się może. Zabieg operacyjny powinien być tem więcej wskazanym, o ile, że, jak się zdaje, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, gruźlica otrzewny nie tak znów rzadko występuje jako cierpienie pierwotne nawet u osob dziedzicznie nieobciążonych, a zakażenie całego ustroju ztąd dopiero swój początek bierze. Z tego powodu usunięcie tego cierpienia przed wybuchem ogólnego zakażenia powinnoby dać nadzieję zupełnego i trwałego wyleczenia. Laparotomija sama wykonana według zasad chirurgii postępowej uważaną jest powszechnie za zabieg prawie zupełnie bezpieczny; gdy więc każde inne leczenie nie daje nam żadnej rękojmi, przeto leczeniu operacyjnemu nic zarzucić nie można. Że się w jednym przypadku po operacyi rozwinęła ogólna gruźlica, nie można o to obwiniać samej operacyi tak, jak nie można czynić zarzutu samemu zabiegowi, gdy po forsownem redresowaniu stawu uległego ankylozie przyjdzie do zakażenia całego ustroju.

I obecnie nikt nie będzie twierdził, że we wszystkich przypadkach gruźlicy otrzewny na drodze operacyjnej możemy osiągnąć trwałe wyleczenie lub przynajmniej stałe polepszenie, tak jak i dziś, mimo wydoskonalonej techniki opatrywania ran i operowania, przecież jeszcze dość znaczna ilość gruźliczych stawów stanowi wskazanie do amputacyi. A i ta operacyja niezawsze jest w stanie uratować życie choremu. Zdaje się, że stósunki są tu mniej lub więcej takie same, jak w gruźliczem zapaleniu stawów. Jak tu po laparotomii, tak i tam po leczeniu konserwatywnem możemy się tylko wtedy spodziewać dobrych wyników, jeśli równocześnie nie ma zbyt wielkich zmian w płucach lub innych narządach. Doświadczenie uczy, że nacieki płucne miernego stopnia w niektórych przypadkach całkiem nie przeszkadzały do zupełnego wyleczenia, podczas gdy w innych przypadkach sprawa gojenia się cierpienia otrzewny nie wywarła żadnego wpływu na przebieg choroby płuc.

Samo leczenie polegało we wszystkich przypadkach na obszernem nacięciu przedniej ściany brzusznej i doszczętnem wypuszczeniu nagromadzonej surowiczo-ropnej wypociny; niektórzy operatorowie przepłukiwali prócz tego jamę brzuszną słabym rozczynem kwasu karbolowego lub sublimatu i stósowali jodoform na samą otrzewnę, podczas gdy inni obywali się bez wszelkich środków antyseptycznych. W niektórych przypadkach zeszywano ranę w ścianie brzusznej w całej jej ciągłości, w innych zaś drenowano jamę brzuszną. Dla samej sprawy gojenia się gruźlicy otrzewny zdaje się być rzeczą obojętną, czy się jamę brzuszną drenowało, czy też nie, wspomnieć jednak należy o tem, że się w miejscu, gdzie leżał dren, wytworzyła kilkakrotnie nadzwyczaj uporczywa przetoka, co się wydarza niekiedy w ogóle przy drenowaniu jamy brzusznej z powodu innych, niegruźliczych spraw. Przed rokiem miałem sposobność obserwować jeden przypadek torbiela wychodzącego z *parovarium*, w którym prof. Mikulicz drenował jamę brzuszną według własnej metody gazą jodoformową. W przypadku tym utworzyła się w dolnym kącie rany mała przetoka, która opierała się wszelkim zabiegom leczniczym tak, że prawie po 8 miesiącach musiano się uciec do nader żmudnego wycięcia całej przetoki. Podobny przypadek mogę podać z własnej mej praktyki. Z początkiem maja b. r. wyłuszczyłem u kobiety zresztą zupełnie zdrowej torbiel jajnikowy śródwięzadłowy, wielkości głowy mężczyzny, przyczem drenowałem małą miednicę gazą jodoformową. Chociaż wszystkie paski gazy jodoformowej zostały usunięte w ciągu pierwszych 10 dni, to przecież wytworzyła się w dolnym kącie rany przetoka około 12 cm. długa, która do dziś dnia nie okazuje najmniejszej dążności do zagojenia, tak że prawdopodobnie również będzie musiała być wyciętą w całości.

Jakim jest wpływ, który wywiera operacyja na samą sprawę chorobową, jest jeszcze rzeczą do dziś niewytłumaczoną. Breisky tłumaczy pomyślny przebieg po operacyi w ten sposób, że w skutek wypuszczenia wypociny nastają lepsze stósunki krążenia w naczyniach, przypuszczenie, które skłoniło również Ewalda (*Ueber frühzeitige Punction bei Ascites*, *Berl. klin. Woch.* 1885 Nr. 16) do polecenia wczesnej punkcyi w zwykłej puchlinie brzusznej.

A teraz podam w krótkości 3 przypadki operowane przez prof. Mikulicza.

I. Zapalenie gruźlicze otrzewny, cięcie rozpoznawcze, trwałe wyleczenie. E. H., lat 18, z Pińczowa w Królestwie Polskiem, dziedzicznie nieobciążona. Przed rokiem była jeszcze zupełnie zdrową. Około tego czasu pojawiły się u niej nagle, bez znanej przyczyny, gwałtowne bóle brzucha wraz z gorączką. Stan taki trwał prawie trzy miesiące, przyczem równocześnie brzuch zaczął się znacznie powiększać. Po upływie 3 miesięcy bóle zmniejszyły się tak, że jeszcze tylko od czasu do czasu pojawiały się na chwilę, gorączka zaś ustąpiła zupełnie. Chora wstała z łóżka, czuła się jednak nadzwyczaj osłabioną. Brzuch powiększał się stale. Odpływy miesięczne, dawniej obfite, od 9 miesięcy nie pojawiły się wcale. Dnia 5 lipca 1885 r. przyjętą została chora do kliniki chirurgicznej krakowskiej.

Stan obecny. Osoba wątło zbudowana, niedokrewna Narządy w klatce piersiowéj leżące zupełnie prawidłowe. Brzuch silnie wydęty, pępek prawie zupełnie wyrównany. Odgłos wypukowy nad całym niemal brzuchem stłumiony; po stronie lewéj górna granica stłumienia sięga na dłoń poniżéj łuku żebrowego, po prawéj zaś górną granicę stłumienia stanowi linija lekko ku górze wypukła, idąca od pępka do *spina anter. super. oss. ilei*. Po bokach odgłos wypukowy bębenkowy. Przy zmianie położenia nie można wykazać przesunięcia się granic stłumienia. Obmacaniem wykazać można wszędzie wybitne chełbotanie, prócz tego po stronie prawéj odpowiednio dopieroco opisanéj granicy stłumienia można wyczuć coś, jakby mocno zgrubiałą ścianę torbiela. Macica płodowa, jajniki nie dają się wybadać.

Rozpoznanie wahało się między lewym torbielem jajnikowym a ograniczoném zapaleniem otrzewny, choć wywiady zdawały się rychléj przemawiać za ostatniém. Laparotomiję wykonano 14 lipca 1885 r. Po przecięciu nader cienkich powłok brzusznych pokazała się jama bardzo obszerna, któréj ściany utworzone były przez pozlepiane ze sobą pętle jelita cienkiego, sieć i same powłoki brzuszne. Z jamy téj wypuszczono 2½—3 litrów płynu surowiczego, lekko mętnego, zawierającego strzępki włóknika. Otrzewna tak ścienna jak i trzewowa pokryta była mnóstwem szarawych guziczków wielkości ziarn prosa. Ponieważ prof. Mikulicz nabył tego przekonania, że mieliśmy tu do czynienia ze sprawą gruźliczą, przeto poprzestał na dokładném usunięciu wypociny za pomocą gąbek maczanych w 5% roczczynie kwasu karbolowego i następnie zaszył całą ranę w ścianie brzusznéj. Części rodnych od strony jamy brzusznéj nie badano dokładniéj w tym przypadku, również nie badano guzków drobnowidowo.

Dalszy przebieg był zupełnie bezgorączkowy. Chora opuściła klinikę po 17 dniach z raną zagojoną przez rychłozrost. Według łaskawie nam udzielonéj listownéj wiadomości ze strony urzędu gminnego miasta Pińczowa pacyjentka ta czuje się dziś w 2 lata po operacyi zupełnie zdrową. (Dok. nast.)

III. Przyczynek do sprawy własności chłonniczéj skóry.

Napisał Dr. Leon Kopff w Krakowie.

Mało się znajdzie w terapii ogólnéj spraw, któreby miały tak ogromną a sprzeczną literaturę, jak pytanie, czy skóra prawidłowa posiada istotnie własność chłonienia połączeń chemicznych w zupełności, czy tylko częściowo lub wcale nie? Sprawa ta poruszona i doświadczeniami poparta po raz pierwszy, o ile mi wiadomo, przez Dra Pouteau w r. 1783 (*L'absorption de la peau, Oeuvres posthumes*), wywołała polemikę zaciętą, ciągnącą się przez długie lata. Chwilami znudzeni i zniechęceni badacze odrzucali na bok zagadkę nierozwikłaną i nad całą sprawą przechodzili do porządku dziennego. Jednak po przerwie kilkoletniéj spotykamy znów pracę nową, poruszającą rzecz dawniej nierozwiązaną, i znów widzimy polemikę, znów jedni autorowie oparci na pewnym szeregu doświadczeń twierdzą, że skóra posiada własność przepuszczania ciał płynnych, lotnych lub w postaci maści wcieranych, podczas gdy inni, również się na doświadczenia powołując, zaprzeczają zupełnie, aby jakiekolwiek ciało, w jakiejkolwiek postaci, mogło się przez nietkniętą skórę dostać w obieg krwi; lub też spotykamy i takich, którzy przypuszczają, że tylko dla pewnych ciał, lub tylko dla pewnych postaci i rodzai roczczynów, zawiesin, par lub maści, skóra jest narządem, posiadającym własność chłonniczą.

Jakiéj zaś doniosłości jest owo pytanie nie tylko pod względem fizyjologicznym, ale tém więcéj jeszcze dla terapii, balneologii a nawet patologii i higieny, zdaje mi się, że dowodzić nie potrzeba. W literaturze, mnie dostępnéj, naliczyłem od r. 1783 do r. 1886 z górą 160 prac, ogłoszonych tylko w czterech językach, t. j. łacińskim, francuskim, niemieckim i angielskim. O téj tak obszernéj literaturze będę miał jeszcze sposobność wspomnieć na innem miejscu i w innéj rozprawie.

W literaturze, dotyczącéj specyjalnie sprawy chłonienia przez skórę, znalazłem, że autorowie, łamiący kopiję za sprawą chłonienia, jak i przeciwnicy, zaprzeczający skórze téj własności spornéj, do badania używali najczęściéj jodku potasowego. Połączenie to nadaje się bardzo dobrze do tego rodzaju badań. W wodzie i wyskoku łatwo rozpuszczalne; do ustroju wprowadzone już w krótkim czasie przechodzi do śliny i moczu. W wydzielinach tych, z powodu wybitnego a czułego zachowania się jodu względem odczynników, sól ta nader łatwo daje się wykazać. Jedynie ujemną stroną jodku potasowego jest, że w roczczynie wodnym nie należy do połączeń bardzo silnie związanych, że zatém łatwo może się rozpaść na swoje części składowe, które znów w obec skóry inaczéj się zachowywać mogą, niż sól pierwotna z nich złożona. Przestrzegając jednak pewnych ostrożności, dość łatwo można zapobiedz téj niedogodności.

Uwzględniając więc te zalety jodku potasowego, dziwném się wydać każdemu musi, że właśnie doświadczenia z tą solą, w sprawie przechodzenia jéj z roczczynu wodnego przez skórę, doprowadziły licznych autorów do tak sprzecznych ze sobą wyników. I tak np. Murray Thompson (*Observations on the absorbing power of the humain skin. Edinb. med. Journal. Mag. Schmidts med. Jahrb.*, 1862) brał kąpiele ciepłe, w których zanurzał całe ciało, z wyjątkiem głowy i szyi, w roczczynie wodnym jodku potasowego. Kąpieli takich wziął trzy, dodając do każdéj po 12 do 30grm. jodku potasowego. Kąpiel trwała średnio 30—40 minut. Mocz zebrany po kąpieli (autor nie podaje z jakiego czasu i w jakiéj ilości?) badano metodą Pricea t. j. przez dodanie roczczynu azotanu potasowego w rozcieńczonym kwasie chlorowodowym. Wynik badania był ujemnym. Ten sam autor otrzymał podobnież wynik ujemny chemicznego badania moczu po użyciu przez siebie pełnéj, jedną godzinę trwającéj kąpieli ciepłéj, do któréj dodał 73grm. jodku potasowego. Ritter (*Uiber das Verhalten der menschl. Haut im Wasserbade. Schmidts Jahrb.*, 1867) brał kąpiele, w których zanurzał jednę z odnóg górnych, dodając na kąpiel po 8grm. jodku potasu. Badanie moczu i śliny nie wykazywało jodu. — Hébert (*L'absorption par le tégument externe. Thèse* 1861) stosował na sobie kąpiele, 4 godziny trwające, z roczczynu jodku potasu, ale również nie znalazł jodu w wydzielinach. Do ujemnych wyników badania z jodkiem potasu doszedł także Parissot (*Resorption dans les bains, Acad. des sciences.* Także *Gaz. des hôpit.*); C. G. Lehmann (*Uiber den Marienbader Mineralmoor. Schmidts Jahrbücher*, 1855) robił doświadczenia znów w sposób następujący. Brał on sam, jakoteż uczniom swoim kazał brać po kilka po sobie następujących kąpieli nożnych, w celu oczyszczenia skóry z powłoki tłuszczu, zmięszanéj z komórkami obumarłemi przyskórka, a przytém aby skórę „rozmiękczyć". Następnie dodawał na 6kg. wody

2—4grm. jodku potasu. Mocz zbierano przez następujące po doświadczeniu 24 godzin; odparowywano go i w pozostałości szukano jodu, jużto kwasem azotowym dymiącym, jużto chlorem, a następnie chloroformem, kleikiem skrobi, albo wreszcie chlorkiem paladowym, jednak nigdy nie wykazano śladu jodu. Kletzinsky (*Lutronom. Experim. Wiener. med. Wochenschrift. Schmidts Jahrb.*, 1853), użył do kąpieli 60grm. jodku potasu, jednak także w moczu swoim, zebranym po kąpieli, nie zdołał wykazać jodu. W moczu zebranym po kąpieli z dodatkiem 200 do 250grm. jodku potasu, nie mógł również i Duriau (*Recherches expér. sur l'absorb. et exhal. par le tég. ext. Archives générales de medecine*, 1856) wykazać jodu.

Aby czytelnika nie nużyć dalszém jeszcze wyliczaniem prac podajemy w krótkości, że z prac nam dostępnych dowiedzieliśmy się, że i pp. Zülzer (*Centralblatt der med. Wissensch.*, 1864, Nr. 56), Barthélémy (*Journ. de l'Anatomie et de Physiol*, t. X, 1864), Schäffer (*Sitzungsberichte d. Wiener Akademie d. Wiss.*, t. 32, 1859), Rabuteau (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, Nr. 14). wreszcie Homolle, Merbach, Roussin, Heller, Mugeot, de Laurés, Clemens, Braune, również robili w różny sposób doświadczenia z jodkiem potasu, jużto biorąc w rozczynie wodnym téj soli całkowite, jużto częściowe kąpiele, jednak nigdy nie udało im się wykazać w wydzielinach zebranych po kąpielach jakikolwiek ślad jodu. Tylko Braune (*De cutis facultate jodum resorbendi. Virch. Arch.*, T. XI) podaje, że jeżeli do kąpieli nożnéj z rozczynu wodnego jodku potasu dodano wyskoku, to tylko w takim razie udawało mu się w moczu wykazać ślad jodu.

Każdy, kto z cierpliwością przewertuje taką ilość wyż wymienionych prac, musi chyba nabrać przekonania, że żadnéj już wątpliwości nie ulega cała sprawa chłonienia jodku potasu przez skórę. Przecież na podstawie tylu prac, tak wielu autorów, piszących niezależnie od siebie, w różnych czasach, na zapytanie: czy skóra posiada własność pochłaniania jodku potasu z rozczynu wodnego, lub téż nie?, nikt z pewnością nie zawahałby się powiedzieć z całém przekonaniem, że „skóra takiéj własności nie posiada“.

Tymczasem nasza tak bardzo specyjalna kwestyja, jest przykładem, jak trudno w medycynie polegać na obcych pracach, jakie nam literatura lat ubiegłych przekazuje. Oto powyżéj wyliczyliśmy wcale pokaźny szereg autorów, którzy nas swemi doświadczeniami chcą przekonać, że skóra niepochłania jodku potasu z rozczynu wodnego. Teraz przechodzimy do przeciwnego obozu.

M. Rosenthal stosował na sobie i na drugich kąpiele na 26°R. ciepłe, do których dodawał po 30grm. chemicznie czystego jodku potasowego (który za dodaniem SO_4H_2 nie brunatniał). Autor zapewnia, że zawsze przed kąpielą badał skórę i że tylko takich osób do doświadczeń używał, u których znalazł skórę nietkniętą, kąpiel trwała średnio jedną godzinę. Mocz zebrany z 24 godzin po doświadczeniu zaprawiał R. w nadmiarze KOH i odparowywał na łaźni wodnéj do pozostałości krystalicznéj. Pozostałość tę wyciągał autor bezwodnym wyskokiem, następnie eterem, odparowywał, pozostałość wyciągową rozpuszczał w małéj ilości wody. W téj próbce udawało się Rosenthalowi zawsze wykryć tak za pomocą dwusiarczku węgla jak i skrobi ślady jodu. Daléj R., chcąc się przekonać, czy przypadkiem resorbcyja nie odbywa się przez przejściowy przyskórek części rodnych lub ujścia kiszki odchodowéj, części te w kilku doświadczeniach pokrywał odpowiednim, nieprzemakalnym opatrunkiem. Poszukiwanie jodu po tych doświadczeniach dały także wynik dodatni. Rosenthal jednak nieograniczył się do powyższych dowodów. W jedném doświadczeniu oznaczył w wodzie do kąpieli użytéj dokładnie ilość jodu przed i po kąpieli i znalazł w wodzie po kąpieli odpowiedni ubytek tego pierwiastka. Ponieważ doświadczeniom Rosenthala zarzucono, że z kąpieli cząstki jodku potasu mogą zostać z parą wodną porwane w powietrze i dostać się drogami oddechowemi do ustroju, robił R. doświadczenia odpowiednie, któremi stara się udowodnić, że przez przepędzanie rozczynów jodku potasu nigdy w wodzie, w odbieralniku zebranéj, jodu nie udało mu się wykazać. (*Resorption und Absorption der Jodpraeparate. Wiener med. Halle III*, 1862. *Resorption der Jodpraeparate. Wiener med. Wochenschrift*, 1863). Willemin podaje, że po dodaniu przynajmniéj 100grm. jodku potasowego do kąpieli, zawsze znajdował w moczu i ślinie ślady jodu. Jeżeli autor użył mniejszych ilości jodku potasu do kąpieli, wynik badania wydzielin na jod był ujemnym. (*L'absorbt. par le tég. extern. Comptes rend.*, 1863). — Lehmann brał kąpiele nożne z rozczynu jodku potasowego, w których chcąc zapobiedz zarzutowi, że jod dostawał się do otaczającego powietrza i tą drogą narządem oddechowym do ustroju, nalewał na powierzchnię rozczynu jodku potasowego warstwę dość grubą oliwy. Badanie śliny i moczu za każdym razem wykazywało jod. (*Uiber das Verhalten der Haut im Bade. Allg. med. Centralztg*, 1873).

Dla skrocenia rzeczy dodajemy treściwie, że podobnie stwierdzili także przechodzenie jodku potasowego z rozczynu wodnego przez nietkniętą skórę pp. Dérole (*De la resorption des médic. par la peau saine. Compt. rend.*, 1863), który wykonał w tym względzie kilkadziesiąt różnych doświadczeń; dalej Madden Waller *Proceedings of the Royal soc.* V. X, 1859); Brémond (*Expér. physiol. sur l'absorbtion cut. Compt. rend.* T. 74, 1872); Geltkowsky (*Unters. über Hautabsorption. Arch. f. ger. Med. u. öff. Gesundheitspflege St. Petersburg. Schmidts Jahrb.*, 1870); Bouchut (*Compt. rend.*, 1881); Chrząszczewski (*Versuche über die Resorption durch die Haut bei Badern. Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 52, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1871, Nr. 41); C. Hoffmann (*L'absorption de la peau. Bull. de l'institut*, 1867) i jeszcze kilku innych.

Zdaje mi się, że każdy z czytelników przeczytawszy powyższe zestawienia prac i ich autorów, przemawiających z jednéj strony z taką stanowczością przeciw chłonieniu rozczynów wodnych jodku potasowego, powołujących się na swoje ścisłe doświadczenia, a znów z drugiéj strony również autorów, przedstawiających w poważnych pracach doświadczenia tak przekonywające o przechodzeniu ciał przez skórę; będzie miał bardzo trudny wybór, do którego z tych dwóch przystąpić obozu. Przyznaję, że po przejrzeniu prac wyż wymienionych nabrałem przekonania w pierwszéj chwili, że albo wszystkie, albo znaczna część prac była napisaną przy zielonym stoliku, lub że doświadczenia wykonano z zamiarem stwierdzenia tylko już *a priori* powziętego przeświadczenia czy téż uprzedzenia. Jednak gdy z pierwszego wrażenia ochłonąłem, nie mogłem przypuścić, aby coś podobnego w naukach ścisłych dziać się mogło. Chcąc węzeł ten rozpłatać, postanowiłem przystąpić sam do doświadczeń. Zdawało mi się, że korzystając z uwag krytycznych jednego obozu przeciw drugiemu, wreszcie wykonywając badania według metod chemicznych jak najściślejszych i jak najdokładniejszych, zachowując przytém w czasie doświadczenia wszelkie

przez innych autorów już wskazane ostrożności, zdołam przecież wpuścić promień światła, któryby mi był nitką przewodnią do rozwiązania tej zagadki i wyrobienia sobie o sprawie téj własnego zapatrywania.

Zdaniem mojém, chcąc oprzeć się na pewnéj metodzie chemicznéj, trzeba przedewszystkiém poznać jéj wartość dla doświadczenia, jakie się wykonać zamierza. W szeregu doświadczeń, jakie wykonać zamierzałem, uważałem najprzód za ważne przekonać się, jaka ilość najmniejsza jodku potasowego w rozczynie o pewném rozcieńczeniu, dajc jeszcze z pewnym odczynnikiem widoczne a stanowcze oddziaływanie. W tym celu wykonałem najprzód następujące doświadczenia przedwstępne.

1. Otrzymałem rozczyn według wiadoméj ilości jodku potasowego. Z rozczynu tego brałem po 1sz.cm. do probierki, dodawałem do niego kroplami zgęszczony kwas azotowy, zawierający kwas podazotowy, następnie kłóciłem ciecz tę z kilkoma kroplami dwusiarkanu węgla (CS_2) i na zasłonie białéj badałem, w jakim stopniu występuje zabarwienie różowe CS_2, pochodzące od rozpuszczonego jodu w tym odczynniku. Szereg doświadczeń przekonał mnie, że minimalną ilością jest $^1/_{120}$mgrm. IK w 1sz.cm. H_2O, która jeszcze daje na białéj zasłonie niewątpliwe zabarwienie różowe dwusiarczku węgla

2. Podobnie postępowałem także z drugim odczynnikiem nader czułym na jod t. j. ze skrobią. Z szeregu doświadczeń podobnie jak pod 1. opisano, przekonałem się, że najmniejszą ilością IK w 1sz.cm. H_2O, która barwi jeszcze kleik skrobi fijołkowo, jest $^1/_{150}$ mgrm.

Te dwa odczyny dla jodu uważałem za najważniejsze, tych zatém w doświadczeniach zamierzonych używać postanowiłem i w tym kierunku na tych dwóch powyższych doświadczeniach przedwstępnych poprzestałem.

Drugiém ważném pytaniem dla mnie było przekonać się, jakie najmniejsze ilości jodku potasu wewnętrznie użyte dają się jeszcze w moczu wykryć. W szeregu tym doświadczeń zbierałem w ciągu 6—8 godzin (zwykle nocnych) mocz od chwili zażycia pewnéj ilości jodku potasowego. Mocz ten na łaźni wodnéj odparowywałem, następnie masę krystaliczną wyciągałem wyskokiem 98%, na pół z eterem etylowym zmięszanym, i w pozostałości wyciągowéj, rozpuszczonéj w małéj ilości wody szukałem jodu.

Szereg kilku doświadczeń takich przekonał mnie, że najmniejsza ilość IK wewnętrznie użyta, dająca się sposobem powyższym za pomocą kleiku skrobi i dwusiarczku węgla wykazać, wahała się w granicach od 0·5—0·35mgrm.; podczas gdy 0·3mgrm. IK wewnętrznie użyte nie dawały się już w moczu wykryć. (Dok. nast.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IX.

Pobicie w szkole. Śmierć z zapalenia opon mózgowych.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

D. 8 lutego Semon K. doniósł Sądowi, że córka jego 9-letnia Maryja d. 28 stycznia pobitą została w szkole przez nauczyciela i że skutkiem tego pobicia ciągle i ciężko choruje. Gdy dnia 16 lutego urząd gminny poświadczył, że Maryja K. ciężko chora nie może przyjść do Sądu, wysłano dnia następnego komisyję sądowolekarską do pomieszkania Semona K. a lekarze sądowi Dr. A. i chir. B., zbadawszy Maryję podali do protokółu co następuje:

„Według podania rodziców Maryja K. cierpiała często na glisty. Liczy ona lat 9, jest słabowito zbudowana i dosyć wychudła, leży w łóżku skulona, stęka, skarży się na ból głowy i nadczułość, gdziekolwiek się jéj dotyka. Opad powieki górnéj lewéj, jak niemniéj drganie w krótkich przerwach powtarzające się odnogi górnéj prawéj i całéj górnéj prawéj połowy kadłuba. Obie źrenice, jednostajnie *ad maximum* rozszerzone bardzo mało oddziaływają na światło i ciemność. Spojówki gałkowe nienastrzyknięte, język biało obłożony, niesuchy. Lekki nieżyt oskrzelowy obustronny, brzuch nie zapadły, miękki, śledziona nieobrzmiała. Przytomność umysłu niezamącona. Według podania ojca w ciągu ostatnich trzech tygodni chora kilkakrotnie miała wymiotować po piciu mleka, w ostatnich dniach zaparcie stolca. Zewnętrznie nie widać śladu obrażenia.

Orzeczenie. Prawdopodobnie istnieje stan zadrażnienia mózgu, o przyrodzie którego stanowczo orzekać nie możemy. Prosimy o powtórzenie badania po upływie dni 8, lecz już teraz oświadczyć możemy, że objawy zadrażnienia mózgu mogą także być następstwem urazu mechanicznego, na czaszkę wywartego“.

Podczas gdy nauczyciel obwiniony tłumaczył się, że Maryi wcale nie bił, 4 uczennice (8mio- i 9cioletnie), przesłuchane przez Sąd, zeznały zgodnie, że obwiniony uchwycił Maryję za obie jéj ręce, podniósł je do góry, uderzył niemi kilka razy o ławkę, poczém złapał Maryję za włosy, targał je kilkakrotnie a wreszcie ręką swoją uderzył Maryję w tyłogłowie, która przestraszona zaczęła płakać i szlochała aż do końca godziny, poczém wróciła do domu i już więcéj do szkoły nie przyszła.

W skutek doniesienia urzędu parafijalnego, że Maryja K. umarła d. 22 lutego, Sąd dnia następnego zarządził sekcyję, która wykonana przez tych samych znawców, wykazała co następuje:

Zewnętrznie: Zwłoki dziewczynki około lat 9 mieć mogącéj. Powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade, podściółka tłuszczowa mierna, stężenie trupie wybitne, źrenice obie jednostajne i nieco nad miarę rozszerzone, brzuch zapadły. Wewnętrznie: Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznéj blade, sklepienie nieuszkodzone, zbite. Opona twarda napięta, przez nią prześwięcają mocno wypełnione naczynia opon miękkich, utkanie ich surowiczo galaretowato nasiąkłe. W zatokach żylnych mała ilość krwi ciemnéj, płynnéj. Istota korowa w krew obfita z poszczególnemi rozsianemi kropkami. Istota rdzenna obrzękła, biała, w komórkach bocznych po 30grm. wody surowiczéj czystéj. Móżdżek również surowiczo nabrzękły. Tchawica blada, w niéj mała ilość cieczy pienistéj. Płuco lewe z tyłu po części przyczepione, w części ich tylnéj i dolnéj miejsce zbite, wielkości orzecha włoskiego, które nacięte przedstawia się jako w krew ubogie, barwy żółtéj, a na nożu osadza się masa żółta, serowata, zresztą płuco lewe jest gębczaste i powietrzne. Płuco prawe także nieco przyczepione, zresztą nie zbacza. Worek sercowy zawiera małą ilość płynu surowiczego, serce w stanie skurczu, w komórkach nieco skrzepłéj, ciemnéj krwi, mięśnie i zastawki prawidłowe. Żołądek próżny, błona śluzowa jego blada. Wątroba i śledziona bez zmian. Jelita miernie wydęte, wypełnione kałem twardym. Nerki w krew obfite, torebki łatwo

schodzą, część korowa od rdzennéj łatwo odróżnić się daje. Pęcherz zawiera mało moczu mętnego.

Orzeczenie: Silne napełnienie naczyń opon miękkich, zmętnienie powierzchni tychże, jakoteż surowiczo-galaretowata infiltracyja ich utkania sąto zmiany, wskazujące zapalenie opon miękkich. Ze zmianami temi pozostają w zupełnéj zgodzie objawy za życia spostrzeżone. Znalezione w płucu lewém ognisko w krew ubogie i twardawe, tłumaczymy jako rezultat zapalenia płuc opadowego, które należy uważać za powikłanie pierwotnego schorzenia.

Co się tyczy przyczyny zapalenia opon mózgowych, to wprawdzie nie podobna zaprzeczyć, że uraz mechaniczny działający na czaszkę odgrywa ważną rolę jako moment etyjologiczny, w danym jednak przypadku mało znaczenia przywięzujemy do momentu mechanicznego, a to z powodu, że nie znaleźliśmy śladu obrażenia ani za życia ani na trupie, i że uderzenia ręką na płask zadane zostały w głowę. Natomiast zaziębienie odgrywa wielką rolę w zapaleniu opon mózgowych, zwłaszcza u dzieci. Możebne zatém, że dziecko rozgrzane wychodząc ze szkoły zaziębiło się, a za tém przemawiałby i przebieg powolny, podczas gdy po urazach mechanicznych przebieg zazwyczaj bywa szybkim.

Orzeczenie to Sąd uznał za chwiejne, niestanowcze, i dla tego przesyłając akta śledztwa Wydziałowi, żądał stanowczego orzeczenia co do przyczyny śmierci Maryi K.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Ognisko serowate, znalezione w płucu lewém, które pp. obducenci mylnie tłumaczą jako zapalenie opadowe płuc, przemawia za tém, że Maryja K. cierpiała gruźlicę.

2. Jakkolwiek pp. obducenci nie wspominają nic o podstawie mózgu ani o gruczołach krezkowych, przypuścić jednak wypada, a przynajmniéj wykluczyć nie można, że zapalenie opon mózgowych, które było przyczyną śmierci Maryi K., było przyrody gruźliczéj i że zapalenie to prędzéj lub późniéj mogło było rozwinąć się niezależnie od urazu.

3. Nie wykluczając téj możności należy jednak uwzględnić fakt, że Maryja K. zachorowała bezpośrednio po obrażeniu doznaném w szkole, a jeżeli obrażenie to istotnie było takiém, jak je opisują świadkowie, to przypuścić koniecznie wypada, że ono przyspieszyło chorobę śmiertelną.

W przypadku tym znaleziono zmiany anatomiczne w oponach mózgowych, które zgodnie z objawami chorobowemi za życia spostrzeżonemi czyniły przyczynę śmierci niewątpliwą. Z uwagi, że dziewczynka zasłabła bezpośrednio po pobiciu, które, jakkolwiek według wyniku badania za życia nie pozostawiło śladów widocznych, jednakowoż według zeznania świadków miało być dość znaczném i dokuczliwém, i nie odzyskawszy już zdrowia względnego umarła po upływie dni 25, należało przypuścić związek przyczynowy pomiędzy pobiciem a śmiercią. Gdy jednak nie podobna było zgodzić się z pp. obducentami, jakoby zmiana w płucu lewém przez nich opisana świadczyła o zapaleniu opadowém płuca, lecz należało ją uważać za ognisko serowate, a tém samém przypuścić, że denatka cierpiała gruźlicę, więc nasunąć się musiało koniecznie zdanie, że zapalenie śmiertelne opon mózgowych było przyrody gruźliczéj; zdania tego wprawdzie nie można było wypowiedzieć stanowczo z powodu braku opisu błon na podstawie mózgu, ale też i wykluczyć go nie było można. Poprzestając na tém należałoby orzec, że obrażenie w danym przypadku stało się śmiertelném z powodu szczególnego ustroju Maryi K.; Wydział atoli po dłuższéj dyskusyi oświadczył się za uwzględnieniem okoliczności, że nieznany jest dokładnie stan zdrowia, a względnie choroby, Maryi K. przed doznaném w szkole pobiciem, że zatém nie podobna wykluczyć możności, iż już przedtém istniały u niéj zmiany w oponach mózgowych, że więc Maryja K. już poprzednio była schorzałą, a w takim razie pobicie właściwie nie wywołało choroby, lecz bieg jéj przyspieszyło. Jeżeli więc z jednéj strony orzeczenie Wydziału musiało być ostrzejszém od zdania pp. obducentów, to z drugiéj zostało ono złagodzoném przez uwzględnienie okoliczności właśnie wspomnionéj, a złagodzenie to było tém bardziéj wskazane, o ile protokół sekcyjny był niedokładny.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Freund (Wiedeń): **O składzie popiołu z krwi osób gruźlicą dotkniętych.**

Już od dłuższego czasu zajmuje się F. badaniem chemicznych podstaw skłonności do gruźlicy, badał też między innemi popiół z krwi osób gruźliczych otrzymany co do jego składu chemicznego. Popiół z krwi zdrowego człowieka rozbierał już chemicznie Jarisch (*Med. Jahrb.* 1871); ma on zawierać K_2O od 25·31 do 26·62, Na_2O od 23·7 do 26·13, a P_2O_5 od 8·00 do 8·81 na 100 części popiołu. Raz badany popiół z krwi zdrowego chorego, operowanego na wole, dał F. taki sam prawie wynik co do potasowców i kwasu fosforowego. Inne zupełnie wyniki dały mu rozbiory popiołu otrzymanego z krwi chorych gruźliczych, inne nawet w różnych postaciach gruźlicy. U chorych z pierwszym okresem gruźlicy było K_2O od 29·84 do 29·98, Na_2O od 17·23 do 17·56, P_2O_5 od 6·79 do 6·80; w przewlekłych przypadkach pierwszego połączenia było jeszcze więcéj, drugiego i trzeciego mniéj, tak samo przy rozbiorach popiołu ze krwi chorych dotkniętych suchotami z szybkim przebiegiem (*phthisis florida*) otrzymanego, a u chorych z gruźlicą prosówkową w popiele krwi było K_2O od 36·75 do 37·57, Na_2O od 13·68 do 13·94, a P_2O_5 od 4·3 do 5·1 na 100 części. Spodziewał się F. po tych rozbiorach, że w moczu gruźliczych potasu znajdzie więcéj, jeżeli on od rozpadu części składowych tkanek pochodzi, tymczasem rozbiory moczu wykazały, że mocz z gruźliczych zawiera go mniéj, niż mocz zdrowych, a fosforany bywają zwiększone. Na podstawie takich wyników rozpoczął F. na oddziale chorób wewnętrznych prymaryjusza Langera szereg badań w kierunku odpowiedniego żywienia chorych gruźlicą dotkniętych, ażeby w ten sposób ustrojowi odciągnąć węglany potasowe, a doprowadzić mu soli sodowych. Wyniki badań nie są jeszcze tak jasne i dojrzałe, aby je mógł już teraz ogłosić, zapowiada to na przyszłość. (*Wien. med. Wochenschrift* 1887 Nr. 40). *H. K.*

H. Neumann i R. Schäffer (Berlin): **Przyczynek do etyjologii ropnego zapalenia opon mózgowych.**

W ropném zapaleniu opon mózgowych wykazano dotychczas kilka gatunków mikroorganizmów, które znajdowano w zapaleniach ropnych opon mózgu towarzyszących zapaleniu płuc albo nawet i samoistnych (Leyden, Fraenkel, Weichselbaum), koki nieznane dokładnie dotychczas a wykazane w samoistnych zapaleniach opon i mózgu przez Weichselbauma. Na podstawie badań ścisłych bakteryjologicznych czterech przypadków ropnego zapalenia opon mózgo-

wych, obaj badacze ogłaszają nowy prątek znaleziony. Z przypadków tych, dwa razy mieli do czynienia ze sporadycznemi przypadkami nagminnego zapalenia opon mózgu i rdzenia, w dwóch innych zapalenie ograniczało się do opony miękkiéj. W jednym z nich znaleziono pneumokoki Friedländera, w drugim wynik był ujemny, nic nie znaleziono, w trzecim *streptococcus pyog nes*, a w czwartym prątek nowy, dotychczas nieznany. W przypadku tym, który spostrzegano tylko kilka godzin, sekcyja nie wykazała więcéj zmian, jak tylko zapalenie błon mózgowych, w komórkach znaczną ilość ropy, to samo między oponą a rdzeniem. Wywód choroby nieznany. Prątki wykryte w tym przypadku szczepiono na różne odżywki, zawsze były jednakie, 2 mikromm. długie, $\frac{1}{2}$ szerokie, niekiedy ułożone w nitki do 28,5μ długie. Hodowane kolonije w cieplocie wyższéj zawierają prątki krótsze, a nitki utworzone zawierają tylko dwa do trzech prątków; barwią się barwikami zwykłemi anilinowemi łatwo, w wyskoku bezwodnym odbarwiają się prędko, błękitem metylenowym w rozczynie ługu potasowego zabarwiają się końce prątków silniéj niż w środku. Rozpłynięcia się gelatyny nie sprowadzają; na gelatynie mięsnopeptonowéj rozwijają się w postaci szarych kropek, brzegi kolonij są nierówne; przeszczepiony na odżywki przez ukłócie rozwija się prątek ten w postaci nitki szarożółtéj, składającéj się z małych kuleczek. Tak samo rośnie i na (2%) agar-agar-gelatynie; na surowicy krwi daje już po 24 godzinach w cieplocie wyższéj pasek na brzegach ziarnisty, codziennie więcéj się rozszerzający, na płytkach kartofli daje po 4 dniach kolonije 0·5 cm. szeroką, wilgotną, białawą. Woni żadnéj nie mają. Prątki otrzymane posiadają znaczną zdolność życia, bo na ziemniakach utrzymywała się jeszcze w 168 dni po zaszczepieniu, na surowicy krwi 172; badania robione w celu wykazania, czy tlenu potrzebują, czy nie, pouczyły, że prątki te są anaërobiami, t. j. że bez niego żyć i rozwinąć się mogą. Kiśnienia nie wywołują, bo dodanie cukru gronowego lub mlecznego (1%) do gelatyny nie wpłynęło na rozwój prątków, a gazy się nie wywiązywały.

Badacze zastanowiwszy się w końcu nad wynikiem badań, spostrzegają, że prątki nowo przez nich wykryte są bardzo zbliżone do prątków durowych, szczególnie co do biologicznych własności. Prątkami durowemi jednak prątki przez nich wykryte wcale nie są, starają się to zaraz dokładnie i jasno udowodnić. Najważniejszą cechą ich jest oprócz wielu innych to, że wstrzyknięte pod skórę wywołują ropne zapalenie, podczas gdy durowe nigdy go nie wywołują. Wykazały to badania robione na psach, królikach, świnkach morskich i białych myszach, a wstrzykiwali im prątki jużto podskórnie, jużto w jamę otrzewnową, albo do żył. Dla prątków durowych wykazali Peiper i Beumer, że myszy do nich się przyzwyczajają, jeżeli się im prątki te w dawkach wzrastających wstrzykuje. Dla swego prątka mogli K. i S. to samo wykazać, ale nieco w mniejszych granicach. (*Virchowa Archiv*, tom 109, zeszyt 3). *H. K.*

Cattani i Tizzoni: **O zarażeniu cholerą przez krew.**

Już od dłuższego czasu obaj ci badacze zajmują się badaniem jadu cholerycznego; gdy ono doprowadziło ich do wykazania prątków cholery nietylko w jelitach dotkniętych nią zwierząt i ludzi ale i w innych ich narządach, zajęli się kwestyją, jaki wpływ wywierać może na krew wstrzyknięcie jadu cholerycznego w ciało zwierzęce. Starali się nadto przytém głównie rozstrzygnąć dwa pytania: czy można drogą krwi zwierzę zarazić cholerą, i jakie w takim razie zmiany i zjawiska się otrzymuje, jakotéż w jakim czasie ono ginie, jeśli rzeczywiście w ten sposób cholerą dotknięte zostało? jaką drogę obierają prątki we krwi i czy z niéj prędko lub późno do innych narządów lub płynów w ustroju się dostają? Co do drugiego pytania, którego rozstrzygnięciem nikt się jeszcze dotychczas nie zajmował, wyjąwszy Hueppego, który to spostrzeżenie zrobił, że prątki cholery wstrzyknięte zwierzętom do jamy otrzewnowéj w małéj ilości dostają się do krwi, ztąd jednak szybko zostają wydzielone, podczas gdy te, które drogą przewodu pokarmowego do organizmu się dostają zarażenie i następową śmierć wywołać mają, — to na podstawie swoich doświadczeń przychodzą do wniosków: 1) że przez wstrzyknięcie prątków przecinkowych zwierzęciu do krwi, choćby w małéj ilości, można nawet ostrą postać cholery otrzymać, ale wtedy, jeżli zwierzę podlegało podczas badań tym samym warunkom i okolicznościom, jakim przy zarażeniu się cholerą przez przewód pokarmowy podlegać musi; 2) że samo wstrzyknięcie choćby znacznéj ilości prątków do krwi nie daje żadnego rezultatu, pomimo że się w niéj jeszcze przez 20 godzin utrzymują i hodować z niéj się dają; po wydaleniu ich ze krwi można je jeszcze w innych organach, a najdłużéj w śledzionie, wykazać. Ponieważ nie można było w doświadczeniach wykazać prątków wydzielonych ani w jelitach, ani w żółci, ani w moczu, trzeba przypuścić, że ze krwi tą drogą nie zostają wydalone. Na podstawie tego i pomimo że mnożenia się prątków w krwi saméj wykazać nie można było, sprzeciwiają się obaj wymienieni badacze zdaniu Hueppego, jakoby rozmnażanie się prątków wyłącznie w jelitach jako miejscu *minoris resistentiae* się odbywało. Co do pierwszego pytania, to zarówno jak i inni badacze ujemne otrzymali wyniki. Szczegółowo opisali obaj badacze swoje doświadczenia i poszukiwania w *Centralblatt f. med. Wissenschaften*, 1887). *H. K.*

Chirurgija.

Langenbuch (Berlin): **O użyteczności trójchlorku jodu jako środka odrażającego i przeciwgnilnego.**

Własności trujące karbolu i sublimatu zachęciły autora do szukania innego mniéj trującego środka przeciwgnilnego. Znalazł on tenże w trójchlorku jodu. Połączenie to zawiera w 100 częściach 54,39 jodu i 45,61 chloru. Otrzymuje się je przeprowadzając gaz chloru przez jod dopóty, aż ostatni zamieni się na żółte, krystaliczne ciało. Jako gotowy preparat stanowi on pomarańczowy, łatwo ulatniający się proszek, o silnéj przenikliwéj woni; przechowywany w naczyniu ze szkła żółtego nie rozkłada się. W wodzie rozpuszcza się z wielką łatwością; na wolném powietrzu wydziela z siebie wolny chlor zamieniając się na chlorek jodu, przyczém ciągle wywięzuje się wolny jod i chlor, ciała w wysokim stopniu odrażające i przeciwgnilne. Do celów chirurgicznych używa autor rozczynu 1 : 1000—1500; rozczyn ten odpowiada 4% karbolowi lub rozczynowi sublimatu 1 : 1000. Do laparotomii używa autor rozczynu 1 : 1500. Doświadczenia w cesarskim urzędzie zdrowia przez Dra Riedla z tym nowym środkiem pod względem jego siły antyseptycznéj przedsiębrane wykazały: 1) że trójchlorek jodu jest silnym środkiem przeciwgnilnym, rozczyn 1 : 1000 wystarcza do zabicia zarodników laseczników. 2) Na laseczniki i koki rozczyn 1 : 1000 działa podobnie jak 3% kwas karbolowy. Autor przeszło od roku używa trójchlorku jodu do mycia rąk przy operacyjach, do zanurzania w rozczynie jego wacików, do mycia pola operacyjnego i do zanurzania w nim gazy czystéj lub jodoformowéj, celem pokrycia nią świeżych

ran operacyjnych. Przy używaniu tego środka wykonano amputacyje, resekcyje, wyłuszczenia nowotworów i około 8 laparotomij. 3 laparotomije opisuje autor dokładniéj. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1887). *Dr. Bar̨cz.*

Kümmel (Hamburg): **O gruźlicy kości czaszki.**

Jakkolwiek wszystkie kości w ustroju sprawie gruźliczéj uledz mogą i ulegają, przecież rzadko się spotkać można z gruźlicą kości wchodzących w skład czaszki; że ta choroba i kości czaszki zająć może, podniesiono dopiero w ostatnich czasach; nie wlicza się tu dawno znanych gruźliczych zapaleń wyrostka sutkowego i kości skalistéj, które już od dawna są znane. Przyczyną, że dotychczas mało opisano i mało w podręcznikach wspominają o gruźlicy innych kości czaszki, jestto, co już Heineke powiedział, że gruźlica ich jest postacią i wejrzeniem bardzo zbliżoną do zapaleń kości na tle kiłowém, i że często u takich osób kiłę przebytą wykazać można. K. przypuszcza, że gruźlica kości czaszki nie jest znowu tak rzadką, jak to sądzi Israel, który w Berlinie w ciągu 16 lat zaledwo 4 przypadki mógł widzieć, a Poulet zaledwo dwa przypadki spostrzegał. K. już w 6 przypadkach musiał operacyję wykonać, cztery przypadki operowane na swoim oddziale przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego hamburskiego. Z dawniejszych: 1) w jednym po operacyjach z powodu gruźlicy kości na różnych miejscach wystąpiło gruźlicze zapalenie kości czołowéj i ciemieniowéj, wydłutowanie znacznego kawałka kości, powrót choroby, operacyja powtórna, rana się zagoiła, ale śmierć nastąpiła po roku. 2) 15-letnia panna, zajęcie gruźlicze kości czaszki bocznéj, wydłutowanie kawałka kości, powrót choroby w stawie łokciowym, śmierć z ogólnéj gruźlicy po roku. Za to cztery przypadki przedstawione inny dały wynik, bo operowani jeszcze przed kilkoma miesiącami mają się dobrze, zajęta była u trzech kość czołowa w okolicy brzegu nadoczodołowego.

Rozpoznanie jest zwykle dosyć trudne, ale w stanowczém rozróżnieniu, czy mamy do czynienia ze sprawą gruźliczą, czy kiłową, rozstrzyga leczenie przeciwkiłowe. Rokowanie zależy od stanu ogólnego chorego; im więcéj kości zajętych, tém gorzéj, bo przemawia za uogólnieniem się sprawy chorobowéj. Jak często choroba wraca, pokaże najlepiéj statystyka; u K. na 6 przypadków trzeba było 12 razy operować, u niektórych operował raz, u niektórych po 2 i 4 razy dotychczas, mimo że w zdrowéj części jeszcze operowano, aby gdzie w otoczeniu nie zostawić ogniska chorobowego. Do operacyi radzi przystąpić, o ile można, jak najwcześniéj, i nie bać się usunięcia choćby i znaczniejszego kawałka opony mózgu twardej, jeśli się to okaże potrzebném. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887 Nr. 37). *H. K.*

Choroby skórne.

Veiel (Cannstadt): **O nowszych sposobach leczenia wyprysku.**

V. radzi każdemu lekarzowi w każdym przypadku dobrze się wprzód zastanowić, czy ma przed sobą rzeczywiście wyprysk czy inną chorobę skórną, bądźto pasorzytniczą, bądźto od konstytucyi chorego zależną, czy jest stan ostry, czy już przewlekły. Od rozstrzygnięcia tych dwóch pytań zależy, jak w każdym innym przypadku chorobowym, nietylko leczenie ale i rokowanie i wskazania do stosowania tego a nie innego leku. Bardzo wiele chorób skórnych zaliczamy jeszcze dotychczas, zdaniem V., do wyprysków, które z pewnością są natury pasorzytniczéj. Dr. V. leczy wyprysk zawsze tylko miejscowo, *per os* podaje leki, jako leczenie miejscowe tylko wspierające tam, gdzie na pewne może powiedzieć, że choroba konstytucyjonalna jakaś wyprysk podtrzymuje.

Wyprysk ostry. Najlepiéj nic przeciw niemu nie robić, a starać się tylko usunąć to, coby choremu zaszkodzić mogło; chory z ostrym wypryskiem ogólnym powinien leżeć nago na miękkiém lekkiém prześcieradle, nie powinien się ani myć ani kąpać, chyba jeśli to dotyczy dziecka, które się kąpać musi; należy wtedy przynajmniéj jak najrzadziéj kąpać a do wody dodawać np. skrobię lub jakieś kleikie istoty. Mydeł wszelkich należy unikać. Przeciw nieznośnemu swędzeniu najlepszy ma być, zdaniem V., kleik cynkowo glicerynowy Unny (*Rp. Zinci oxyd. 15·0, Gelatinae 15·0, Glycerini 25·0, Aq. dest. 45·0)*, który się w łaźni wodnéj ogrzewa i za pomocą pędzla rozciera. Wynik ma być nadspodziewany. Obrzmienie, zaczerwienienie, zapalenie i ból bardzo prędko ustępują, a po kilku dniach, przez które kleik wciąż na skórze pozostawał, zmywa się chorego w letniéj wodzie. Jeśli jednorazowe zastósowanie tego kleju nie pomaga a zaczyna się sączenie, powtarza się dwa razy dziennie to samo postępowanie. Jeżeli chorzy nie znoszą tego kleiku, a wyprysk zaczyna sączyć, przechodzi V. do okładów ze skrobi, krochmalu, które się daje na gazę służącą do opatrunków, w warstwie 1cm. grubéj. Poduszeczki w ten sposób zrobione często się zmienia, ochłodziwszy je każdym razem przed przyłożeniem pod lodem lub pod mięszaniną z soli i lodu. Jeśli wyprysk jest ogólny, dobrze jest posypać całą powierzchnię skóry jakim obojętnym proszkiem, najlepiéj znów skrobią, do któréj, jeśli swędzenie jest znaczne, można dodać 2% rozczyn kamfory. Czasem postępowanie to nie pomaga, dobrze jest wtedy zmywać wyskokiem lub rozczynem octanu glinowego (*Rp. Sol. alum. acet. 10·0, Aq. dest. 200·0)* lub boraksu (*Rp. Borac. 3·0, Acid. salic. 0·3, Aq. dest. 170.0*) czasem z małym dodatkiem gliceryny. Podczas wielkich upałów nie dobrze jest tym kleikiem leczyć, stosuje się wtedy pasty i maści. Za najlepszą uważa V. pastę Lassara (*Acid. salicyl. 2·0, Vaselini 50·0, Amyli et Zinci oxyd. subtil. pulv. āā 25·0*). Po poprzedniém osuszeniu sączących miejsc gladyszką, smaruje się na nie dosyć grubą jéj warstwę, daje się na to odtłuszczoną wełnę i opatruje. Powtarza się raz codziennie. Gdy już w ten sposób udało się wyprysk przeprowadzić w stan zasychania i łuszczenia, daje się maści łagodne, z których znowu, zdaniem V., są najlepsze 5% garbnikowe albo z garbnika z dodatkiem maści chłodzącéj np. zawierającéj wodę. Jeśli pod wpływem tego leczenia wyprysk nie ustępuje przechodzi on wtedy w

Wyprysk chroniczny. Wyleczenie jego należy do najtrudniejszych, a trzeba przytém starać się o zadosyćuczynienie trzem wymaganiom: 1) Łuski, strupy itp. zakrywające miejsca skóry niezdrowe, oddalić; 2) miejsca sączące doprowadzić do zakrycia się naskórkiem; 3) naciek, przekrwienie i łuszczenie się pozostające po zakryciu się naskórkiem, usunąć. Do oddalenia strupów poleca okłady, natryski, kąpiele parowe lub w wannie, ale w wodzie letniéj, miękkiéj, przegotowanéj, za pomocą wulkanizowanego kauczuku, który się szczególnie dobrze nadaje do wyprysków na głowie, rękach i nogach, jako kaptur, rękawiczki lub pończochy przyrządzony. W miejscach pokrytych włosami lepsze niż woda jest oliwa, a jeśli wydzielina cuchnie, z dodatkiem 5% kwasu salicylowego, na miejsca niepokryte włosami maści z tłuszczów. Jeśli strupy trudno schodzą, zmywa się je nadto mydłem szarém albo wyskokiem mydlanym (*Rp. Sapon. virid.* 200·0, *Spirit. rectificat.* 100·0, *Digere, filtra*). Dla oddalenia twardzizn szcze-

gólnie na dłoni i podeszwie nadają się bardzo dobrze preparaty salicylowe a przedewszystkiém t. zw. *Salicylguttapercha-pflaster-mull* Unny (10 do 30gr. na $^{1}/_{5}$ kwadrat. metr.). Plaster ten zostaje 4 dni. Jeśli się nie ma pod ręką tego mulu można przepisać maść z 10% kw. salicylowego i lanolinu. Dla osuszenia sączących miejsc dobrze jest zastósować ichtyol, który jednak nigdy nie zastąpi smoły (*Pix liquida*). Na wyprysk na głowie, u dzieci najczęściéj występujący, wyborną jest maść salicylowo tłuszczowa (*Rp. Acid salicyl.* 5—10 *Adipis* 100·0). Wyprysk na twarzy pięknie ustępuje pod maścią garbnikowo-salicylową (*Rp. Acid. tann.* 1·0 *Acid. salicyl.* 0·2, *Ung. len.* 10·0) Jeśli maści przytoczone nie pomogły, trzeba przejść do smoły, którą się przykłada tygodniami; jeśli jéj ze względów zewnętrznych (woń nieprzyjemna) zapisać nie można, przepisuje się maść z precipitatu białego i żółtego. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1887, Nr. 36 i 37). *H. K.*

β. **Sublimat w świerzbie.** Dr. Cubells Calvo uważa ten środek w pewnych okolicznościach za najodpowiedniejszy lek z pomiędzy tylu stosowanych w téj chorobie. Lek ten zasługuje na pierwszeństwo już z téj przyczyny, że nie posiada żadnéj woni, a przytém niejednokrotnie autor stwierdził i wypróbował jego wyższość, jako środka szybko i doszczętnie wyleczającego, czego o wielu innych środkach, przykrą woń w dodatku posiadających, wcale powiedzieć nie można. U pewnéj np. dziewczyny, zresztą całkiem zdrowéj i silnie zbudowanéj, zajął świerzb całe powłoki skórne ciała; ponieważ chora okazywała niepokonany wstręt do wszelkich zwykle praktykowanych w takich razach sposobów leczenia, spróbował autor sublimatu w następującéj formie: Rp. *Hydrargyri bichlorati corr.* 0·50, *Alcohol.* 4·00, *Aq. destill.* 30·00. W pierwszym dniu pomazano chorą skórę dwa razy tym rozczynem za pomocą włosianego pędzelka. Już po 24ch godzinach ustąpiło uporczywe i gwałtowne swędzenie, a po 4ch dniach ślady zapalenia skóry towarzyszącego téj chorobie zaledwie dawały się jeszcze widzieć. Ostrzedz tutaj należy, że w miejscach, gdzie skóra jest nadzwyczaj cienka, oraz gdzie towarzyszące zawsze pasorzytom zapalenie skóry dosięgło znacznego stopnia, trzeba bezwarunkowo zrzec się sublimatu, chyba, że nie potrzebaby go stósować w znaczniejszéj ilości. Również w przypadkach, gdzie wyrzut zajął znaczną część powłok ciała, lepiéj nie stósować chlorku rtęciowego dla uniknięcia wewnętrznych zaburzeń, możliwych w razie znaczniejszego chłonienia rtęci. W ogóle zaleca autor wraz z ustąpieniem przykrego swędzenia usunąć zarazem sublimat, a stósować wtedy środki odmiękczające, oraz ściągające. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887 Nr. 75.)

Farmakologija.

Dr. Meyjes: **Kalomel jako środek moczopędny.**

Mimo, że już tyle ukazało się prac i to poważnych autorów (Jendrassik, Stiller, Leyden, Senator, Rosenheim) omawiających działanie kalomelu, i mimo, że się przekonano, iż w niektórych przypadkach chorobowych kalomel jedynie jako taki działał, to przecież zdania i zapatrywania jeszcze są pod tym względem bardzo podzielone, a na pytania: dla czego tenże tylko w wielkich dawkach (0·60 do 0·80 dziennie) działa, kiedy mało zostaje wessany, a powtóre jeżeli już rzeczywiście ma działać pobudzająco na przybłonek w nerkach, to tylko wtedy, gdy zdrowy (Leyden), dla czego nie pobudza ich także do zwiększonego wydzielania u osób zdrowych lub zwierząt, albo w przypadkach wysięków opłucnowych i niektórych przypadkach przewlekłego zajęcia nerek, trudno dotychczas stanowczo i trafnie odpowiedzieć. Dr. M. nie rozstrzyga tych pytań w pracy swojéj i przychodzi w końcu do tych samych wniosków, do których i inni na podstawie obserwacyi klinicznéj doszli. Stosował on w klinice amsterdamskiéj kalomel w 15 przypadkach, osiągnął rezultat dodatni i to wcale zadowalający w 8 przypadkach, w pozostałych albo był nieznaczny efekt albo żaden. I dziwić się wypada, że w przypadkach opuchlin w skutek charłactwa, czyto nowotworowego czy malarycznego, z zajęcia nerek lub chorób rdzenia, kalomel żadnéj korzyści nie przyniósł. Z temi przypadkami sprawia się autor krótko. Szczególowiéj za to zajmuje się przypadkami temi, gdzie w skutek chorób wątroby i następowych środek ten stosował. Z ośmiu przypadków zawiódł go kalomel w trzech, gdzie istniała marskość wątroby Laënneca, za to: w jednym, jakkolwiek opuchliny nie było, a istniały tylko napady kolki wątrobowéj z powodu kamyków żółciowych, podawano po 0·065 dziennie, w pierwszych dniach wydzielanie moczu z 500 ccm. podniosło się na 1000 cm. sz., po małéj przerwie podano znowu kalomel, a w dziesiątym dniu podniosło się do 3000 cm. sz. Żółtaczka ustąpiła, a napady nie powtórzyły się więcéj. To samo było i w drugim przypadku kolki wątrobowéj z powodu kamyków żółciowych bez opuchliny, różnica była tylko ta, że już na trzeci dzień podniosła się ilość moczu do 5000, a nawet ją przekroczyła. Bardzo korzystny był wynik w jednym przypadku przewlekłéj marskości wątroby, działał tu kalomel nie tylko na wydzielanie moczu, bo ilość moczu podnosiła się zwolna do 2—3—4, a raz nawet do 6000 cm. sz., ale oprócz tego bywało codziennie przez 10 dni 4—5 wypróżnień. I mimo, że trzy razy zrobiono punkcyę z powodu ogromnego wyparcia przepony ku górze, kalomel zawsze jeszcze się okazał i potrzebny i korzystny. Chora ta przez dwadzieścia dni podczas całéj obserwacyi brała trzy razy dziennie po 0·20 kalomelu, a przerwa była tylko jedna przez 10 dni. Ciężaru ubyło choréj 20 klg. i wyszła ona zdrową do domu.

W jednym przypadku, gdzie istniał wysięk opłucnowy obok marskości wątroby i następowéj opuchliny, pierwszy się utrzymywał, mimo że ostatni zupełnie ustąpił razem z obrzękiem odnóg.

Oprócz powyższych przypadków stósował M. kalomel w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego i w przypadkach wad sercowych organicznych w stanie niekompensaty, ze skutkiem jużto zupełnie dobrym, jużtéżto nieznacznym.

Na téj podstawie M. stara się stanowczo obalić mniemanie Rosenheima, jakoby działanie kalomelu było tylko następowe po naparstnicy; powinienby kalomel w takim razie wcale nie działać, jeśliby naparstnicy poprzednio nie podano.

O działaniu kalomelu na serce samo ani mowy być nie może, bo tętno i oddychanie zostają zawsze niezmienione. Działania drażniącego na przybłonek w nerkach także nie można w każdym przypadku przypuścić, trzeba więc na razie tylko ograniczyć się do ścisłych obserwacyj i zadowolić się luźnemi wnioskami, że:

1) W niektórych razach kalomel działa wyłącznie jako środek moczopędny.

2) Niekoniecznie muszą wystąpić objawy zatrucia rtęcią przed wystąpieniem działania moczopędnego.

3) Najlepiéj działa on wtedy, jeśli się go podaje przez dwa lub trzy dni, poczém następuje przerwa w podawaniu, aż ilość moczu zaczyna opadać, po dwóch dniach zmniejszania się jéj podaje się go daléj.

4) Zamiast naparstnicy kalomelu podawać nie można, bo nie jest środkiem nasercowym, tylko przeciwopuchlinowym.

5) W przypadkach opuchlin mających swą podstawę w chorobach nerek kalomel mało albo nic nie pomaga.

6) Nie można dotychczas na pewne odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób kalomel zwiększa wydzielanie moczu. (*Deutsche mediz. Wochenschrift* 1887 Nr. 35). *H. K.*

Medycyna sądowa.

Proff. Stokvis i Bokai: **Przyczynek do nauki o otruciu chloranem potasowym.**

Od czasu spostrzeżenia, uczynionego przez Jäderholma w r. 1877, a zwłaszcza badań Marchanda w r. 1879, przypuszczano powszechnie, że działanie trujące chloranu potasowego jest następstwem tworzenia się we krwi methemoglobiny, związku stalszego od hemoglobiny tlennéj, a nieodpowiedniego do utrzymania oddychania wewnętrznego. W r. 1884 Mering szczegółowo tłumaczył sprawę chemiczną, jaka się odbywa po dostaniu się do organizmu większéj dawki soli w mowie będącéj, a mianowicie doszedł do wniosku, że gałczeń tlenny krwi odtlenia chloran potasowy, zamieniając go na chlorek potasu, sam zaś utlenia się na methemoglobinę Już dawniéj jednak chemicy i lekarze (jak Wöhler, Isambert itd.) nie przypuszczali odtlenienia chloranu potasowego w organizmie żyjącym. W ślad za nimi w r. 1886 prof. Stokvis w Amsterdamie, na podstawie badań własnych i ucznia swego Dra Kimmysera, wystąpił stanowczo przeciw tłumaczeniu rzeczy przez Marchanda i Meringa, zaprzeczając nietylko, że chloran potasowy nie ulega redukcyi w organizmie żywym, ale nadto, że wcale nie przychodzi do tworzenia się methemoglobiny, dopóki człowiek lub zwierzę żyją, i że methemoglobina tworzy się dopiero we krwi już gnijącéj, a więc jest objawem czysto pośmiertnym. Według niego działanie trujące chloranu potasowego polega w części na działaniu potasu, a w części na działaniu soli w ogólności. Że zapatrywanie Stokvisa jest słusznem, na to brakło tylko dowodu dodatniego, t. j. badania widmowego krwi za życia. Bokai usiłuje dostarczyć tego dowodu badając sposobem kolegi swego Belkyego w Klausenburgu, ogłoszonym w Archiwie Virchowa t. 106 (Porówn. Przegląd Lekarski, 1886, Nr. 44). Zatruwał króliki parą bezwodnika podazotowego, ponieważ wiadomo, że po otruciu tém najłatwiéj wykazać po śmierci zwierzęcia we krwi jego methemoglobinę, badał uszy zwierząt jeszcze za życia za pomocą przyrządu widmowego i przekonał się, że na pewien czas przed śmiercią już można rozpoznać smugę methemoglobinową, podczas gdy smugi hemoglobiny tlennéj równocześnie znikały. Osiągnąwszy dowód, że jeżeli methemoglobina znajduje się we krwi żyjącego królika, smugę jéj wykazać można z łatwością, robił podobne doświadczenia na królikach otrutych chloranem potasowym, trując je tą solą, wprowadzoną jużto do żołądka, jużtéżto podskórnie, a wtedy nietylko nie był w stanie wykazać smugi methemoglobinowéj za życia zwierząt, ale i po ich śmierci musiał wyczekiwać przynajmniéj 1½ godziny, zanim smuga ta występowała. Ztąd wnosi B., zarówno jak Stokvis, że po otruciu śmiertelnem królików za pomocą chloranu potasowego we krwi zwierzęcia żyjącego tworzenia się methemoglobiny wykazać nie można, a jeżeli się ona tworzy, to w tak małéj ilości, że ilość ta żadną miarą nie jest dostateczną, aby mogła uchodzić za przyczynę śmierci. (*Archiv f. exper. Pathol. XXI*, i *D. med. Woch.*, 1887, Nr. 42).

L. B.

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Z tém wszystkiém i pomimo, że Persyja nie posiada wykształconych chirurgów, chorzy leczą się jednak i miejscowi cyrulicy, choć ograniczają swe postępowanie do bardzo prostych sposobów, nie tają się ze wstrętem, jaki zachowują do przepisujących *haszyszat*, oparci na doświadczeniu skutecznego działania pewnéj małéj liczby leków, zajmują się wyłącznie tylko leczeniem wrzodów i ran postrzałowych, a od czasu do czasu oddają się także nastawianiu zwichnięć i opatrywaniu złamań. Wszystkiemi zaś innemi cierpieniami pogardzają; cyrulik tutejszy leczy je z obojętnością i dla tego to, tak jak powstają, tak też i kończą się one na niekorzyść chorych. W leczeniu zaś ran postrzałowych przedewszystkiém dominuje przesąd, nakazujący odosobnić rannego, trzymać go pod namiotem, ułożyć na dywaniku pod rogóżką, w pierwszych czterech dniach częstemi odwiedzinami i śpiewami w nocy nie pozwolić mu zasnąć aż do chwili, gdy nałożony przez cyrulika opatrunek nie wywrze swojego skutku. Nic też więcéj prostego, ale i nic nad to godnego uwzględnienia jak właśnie ów perski opatrunek w ranach postrzałowych. Złożony z cienkich warstw smoły ziemnéj (*Lamarh*), poprzedzielanéj kawałkami płótna zmaczanego w gorącym odwarze wody ze styraksu (*Elsteruk*), kładzie się na otwór rany, bez względu, czy ona jest powierzchowną, czy przenikającą, okręca się opaską zmoczoną w wodzie smolnéj i stosownie do okolicy chorobowo dotkniętéj i sił rannego, pozostawia się bez zmiany kilka lub kilkanaście dni. Wyleczenie często nastaje przez rychłozrost, innym razem przez ropienie. W obu jednak przypadkach ranę od chwili jéj zbadania leczy się przeciwgnilnie i ten prosty opatrunek praktykowany tu od wieków względnie do rezultatów, jakie daje, ośmielił mnie porównać go z opatrunkiem Listera, znanym światu dopiero od lat kilkunastu.

Zeskrobywanie powierzchni owrzodzonych pręcikami stalowemi lub zaostrzonemi deszczułkami z drzewa oliwnego, daléj omatanie dostępnéj okolicy płóciennym płatem okrytym cienką warstwą styraksu, to metoda powszechnie tu praktykowana w leczeniu wrzodów. I gdyby tylko każdy dotknięty tém, tak tu częstém, cierpieniem był bardziéj dbałym i zwracał się do cyrulika we wczesnym rozwoju stanu chorobowego, to podobny sposób leczenia bez zaprzeczenia zmniejszyłby liczbę niedołęgów zalegających przedsionki tutejszych meczetów i karawan-serajów, a i obcemu oszczędziłby widoku téj klasy nędzarzy, najczęściéj zawdzięczających długie trwanie cierpienia li tylko ohydnemu niedbalstwu. Bo z innéj strony przykłady tym sposobem wyleczonych wrzodów są tak przekonywające, że można przyklasnąć tutejszym cyrulikom za przechowanie tak prostego a jednak tak skutecznego leczenia wrzodów. Na nieszczęście jednak do tego się tylko ogranicza cały zasób tutejszych chirurgicznych środków. W zwichnięciach bowiem i opatrywaniach złamań nie zauważałem żadnego szczególnie cechującego postępowania. Parę drewienek a na nie kilka chustek, jeżeli opatrunek ma być założony na odnogę; szal i kawałek płótna nasmarowanego żółtkiem z jaja, jeżeli złamane są mostek lub żebro, oto wszystko, czego się tu używa do unieruchomienia okolicy lub odnogi. Że zaś cyrulikowi zależy głównie na przyspieszeniu zrostu odłamków kostnych, więc też estetyka samego złożenia i następny kształt téj lub innéj kości najzupełniéj go

nie interesują. Ztąd też i zniekształtnienia, pozostające po złamaniach, są tu zwykłém zakończeniem się niedbalstwa cyrulicezego. A sąto przykłady tak tu częste i tak ciekawe, że nie tylko chirurga-amatora zbierającego rzadkie okazy, ale i malarza do wysokiego mogą zainteresować stopnia. Można się jednak spodziewać, że z biegiem czasu cyrulicy perscy, podobnie jak ich współzawodnicy swojscy doradzcy, powoli ustąpią miejsca wykształconym siłom choćby tylko krajowym. Postęp i nauka obrócą w proch ślepotę i zarozumiałość miejscowych znachorów. Zadanie leczącego oparte na trwalszych od dzisiejszych podstawach stanie się nieporównanie łatwiejszém, wpłynie przekonywająco na ogół, a i wyda rezultaty, któremi nie pogardzi jak dotąd i zachodnia literatura fachowa.

Z takim widokiem i takiemi życzeniami wypadło mi się rozstać z tym pięknym krajem, nad którym wisząca zawsze czarna powłoka dżumy zwraca czujną uwagę stróżów zdrowia publicznego, a gdzie i mnie w ciągu czternastomiesięcznéj pogonki udało się spostrzedz niejeden interesujący przypadek, tak ze stanów chorobowych wewnętrznych jak również i cierpień chirurgicznych. Działałem wtedy wprawdzie niezawsze podług wskazań nauki, a tylko najczęściéj tak jak było można. Nurzałem piękne narzędzia Thürriegla i Mathieugo w tkankach nie dla każdego dostępnych; lecz działając nie mogłem zdać sobie sprawy z rezultatów, bo jak ów włoski dentysta urwawszy coś, biegłem z powrotem szukać nowych wrażeń i przykładów. Wyniosłem jednak przekonanie, że pole, jakiego dotknąłem, pod okiem czujnego higijenisty jest dostępném do rozsądnéj i powolnéj uprawy. I jakkolwiek Pers mało się interesuje dobrobytem własnego kraju, nie okazuje zapału do spraw przeprowadzanych przez rząd centralny, jakkolwiek to, co gdzieindziéj zwie się patryjotyzmem, jest dla niego rzeczą obojętną, a opinija osobista jest tu tylko przywilejem pewnéj liczby osób mających w tém swój interes, to jednak tak kraj jak i ludzie ściągają ku sobie przybyszów i niezadługo prawdopodobnie linije kolei żelaznych połączą Reszt z Ispahanem i Bender-Buszyrem, a wtedy Persyja stanie się o dziesięć dni drogi odległą od Krakowa. Towarzystwo „Cook and Soun“ wydawać rozpocznie bilety tam i z powrotem na cały *regular tour* po Persyi. Wtedyto awanturnicy, ludzie fortuny, a spodziewam się, że i czynu, rzucą się do eksploatacyi tego dziewiczego terenu, jednocześnie atoli znikać poczną malownicze różnobarwne stroje, wygodne szarawary, majestatyczne okrycia głowy, wygodny płaszcz z sierści wielbłądziéj, cenne tkaniny z jedwabiu, powabne szale zastąpi obcisła moda zachodnia. Lokomotywy rozpędzą stada gazeli i beduinów w pustyni, dymy fabryk okryją sadzą złociste kopuły meczetów i cywilizacyja Zachodu, choć może i rozproszy ogniska dżumy, ale po za tém zniszczy jeden z rzadkich krajów, do którego nie zdołała jeszcze zaprowadzić ani swych dobrodziejstw, ani też ściśle ją charakteryzującéj wstrętnéj monotonii.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

Prof. Brouardel (Paryż): **O sposobach szerzenia się duru brzusznego.**

W przenoszeniu i szerzeniu się duru pośredniczy jak wiadomo woda, powietrze, odzież zanieczyszczona i ręce służby. W sprawozdaniu swojém przechodzi B. każdy z przenośników z osobna.

Że woda pośredniczy w przenoszeniu jadu duru, nie ulega wątpliwości od dawna już przynajmniéj dla większéj części lekarzy. Pouczają nas o tém nie tylko pojedyncze epidemije i przypadki sporadyczne, w których nie można znikąd indziéj domyśleć się dostania się zarazka, jak tylko za pośrednictwem wody. Z licznych przez B. opisanych i przytoczonych epidemij przytoczymy tylko jednę, gdzie klasztór w Clermont zupełnie odosobniony i mający swoje własne źródło, niestykające się ze źródłami miasta, podczas ciężkiéj epidemii duru zupełnie przez niego pominięty został, nie było w nim ani jednego przypadku duru. Jeszcze więcéj utwierdzono w tém świat lekarski, gdy prątki Ebertha dla duru właściwe wykazano nie tylko w kale i moczu durowych, ale i w studniach, rzekach niemi zanieczyszczonych. Głównie przyczynili się do wykazania téj prawdy Chautemesse i Vidal. Zarzut, że woda naturalna nie jest dobrym gruntem dla rozwoju prątków, w ogóle upadł, gdy Wolfhügel i Riedel wykazali, że się w niéj zarówno prątki duru, jak cholery i wąglika bardzo dobrze rozwijają. Zarzut przez niektórych zrobiony przeciw pośredniczeniu wody w szerzeniu się duru, oparty na tém, że się niekiedy znajduje prątki duru w wodzie po zupełném wygaśnięciu epidemii, i że obecność prątków w wodzie jest raczéj następstwem a nie przyczyną duru, odpiera B. jako mało znaczący, boć przecież Thoinot wykazał prątki duru w wodzie wziętéj ze Sekwany powyżéj Paryża, które z pewnością tylko z miejscowości powyżéj Paryża nad Sekwaną położonéj pochodzić mogły, a niejednemu lekarzowi zdarzało się już widzieć, że wiele osób zapadło na dur, które z jednéj studni wodę piły. Inni, mimo, że z téj saméj studni wodę pili, nie dostali duru z powodu chwilowéj odporności.

Że powietrze przenosi nierzadko jad duru, trudniéj przypuścić, a przecież nie można w niektórych przypadkach nic innego o to podejrzywać. Liebermeister sam podaje, że w szpitalu w Bazylei służba lub inni chorzy dostawali duru, którzy się ani z chorymi durowymi, ani salami ich wcale nie zetknęli, np. chorzy z oddziału kiłowego lub ospowego, a w szkole w Colchester zachorowały na dur tylko dzieci w pierwszych ławkach na przeciągu siedzące, innego źródła zarażenia nie można było wykazać. Przeciwko przypuszczeniu możliwości zarażenia się durem za pośrednictwem powietrza nie przemawia nawet, zdaniem B., doświadczenie Chantemessea i Vidala, którzy w powietrzu nad kałem się unoszącém, a za pomocą odpowiedniego aparatu zebraném, nie mogli prątków duru wykazać; może jeszcze nie mamy tak udoskonalonych przyrządów i sposobów do takiego doświadczenia się nadających.

Z innemi przenośnikami prątków duru: odzieżą, służbą, sprawia się B. krótko, poleca tylko gorąco każdemu lekarzowi z osobna, a rządom w szczególności, starać się coś w tym kierunku robić, bo znaczny jest haracz, jaki ludzkość téj ciężkiéj chorobie opłaca; na 100 przypadków duru w 90 woda bywa jéj pośrednikiem. (*Wiener med. Presse*, 1887, Nr. 40 i 41). *H. K.*

Prof. K. Böhm: **O potrzebie odosabniania, o szpitalach ku temu celowi służących i urządzeniu takowych.**

Ze sprawozdania prof. B. wyjmujemy co najważniejsze. Szpitale służące do odosabniania chorych powinny leżeć na obwodzie miasta, a nie w jego środku. Oddalenie ich od innych zakładów i budynków szpitalnych nie powinno wyno-

sić mniéj niż 30 metrów. Nadto powinno się uwzględniać kierunek wiatrów w odpowiedniéj okolicy wiejących i do tego ustawienie szpitala zastosować. Budynek odosabniający powinien być obliczony stosownie do ilości chorych w mieście się zdarzających, w każdym razie lepiéj jest wystawić kilka budynków niż jeden większych rozmiarów. Każdy oddział powinien mieć swego lekarza.

W oddziałach na ospę przeznaczonych powinno się oddzielić lżejsze przypadki od cięższych, a nadto dobrze jest będących na wyzdrowieniu przenieść do osobnego oddziału. W wielkich miastach powinny się władze sanitarne starać o wystawienie osobnych szpitali dla każdéj zakaźnéj choroby częściéj się zdarzającéj. Jeżeli tego nie można dopełnić, należy przynajmniéj tak urządzić, aby w jednym budynku przeznaczonym dla różnych chorób zakaźnych, pojedyncze choroby w osobnych pokojach umieścić, lub każdą na innem piętrze, a wychodki i inne przedmioty zwykle wspólne, jak łazienki, aby dla każdéj choroby były osobne. W jednéj izbie nie powinno więcéj leżeć chorych nad dziesięciu. Na korytarzach, przedsionkach, przedpokojach powinno być dosyć powietrza, i to nie tylko co do ilości, ale i jakości, przewiew należyty a częsty. Desinfekcyję powinno się przeprowadzać w takich szpitalach w nich samych, na miejscu; kanalizacyję i ścieki w ten sposób należy wybudować, aby nigdzie zastój nie mógł się wytworzyć, a wydzieliny i wydaliny mogły się dopiero po uskutecznieniu desinfekcyi do kanału dostawać. Dobrzeby było, żeby krewni lub znajomi nie odwiedzali chorych w izbach, lecz porozumiewali się z nimi albo listownie w osobnych poczekalniach, albo za pomocą telefonu. Służbie nie wolno nigdzie poza gmachem mieszkać, lecz tylko w nim, bo i ona także musi być odosobniona. (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1887, Nr. 36, 37, 38). *H. K.*

(*H. K.*) Spillmann i Haushalter przedłożyli Akademii paryskiéj prace swe o szerzeniu się i przenoszeniu prątków gruźliczych za pośrednictwem much. Łowili oni i zbierali muchy pod dzwonem szklanym, które usiadały na spluwaczkach zawierających plwociny suchotników. Po 24 godzinach ginęły one, a odchody ich i narządy badane na prątki, wykazały obecność tychże. Obaj autorzy oświadczają się dla tego za dokładnem nakrywaniem spluwaczek używanych przez chorych gruźliczych i za dokładnem ich odwietrzaniem. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, Nr. 35).

(*H. K.*) Wymowniejszych cyfer, niż niżéj przytoczone, przemawiających za zaprowadzeniem wodociągów, przynajmniéj w większych miastach, już chyba przytoczyć nie potrzeba. We Wiedniu umarło rocznie na dur brzuszny przed zaprowadzeniem wodociągów w r. 1872: 636 ludzi, w r. 1873: 649 osób, w tym roku zaprowadzono wodociągi, liczba ich spadła już w r. 1874 na 314, 1876 na 225, 1879 na 140, 1882 na 109, 1884 na 69, 1886 na 61.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 września do 1 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,4. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z gruźlicy 12 (5 z. t.); z zapalenia płuc 5 (3 z. t.); z zapalenia kiszek 9 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku krztuśca, 5 płonicy, 1 czerwonki, 1 dławca. W tygodniu od 18—24 września umarło z ospy: we Lwowie 1, w Brodach 2, w Czerniowcach 1, w Budapeszcie 2, w Tryjeście 8, w Warszawie 24, w Paryżu 3. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 31, w Londynie 14, w Petersburgu 8. Z odry umarło w Stanisławowie 1, w Tarnopolu 1, w Paryżu 10, w Londynie 11, w Kopenhadze 23. Z płonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 4, w Drohobyczu 1, w Przemyślu 1, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 9, w Londynie 38. w Petersburgu 8. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Brodach 3, w Drohobyczu 2, w Przemyślu 2, w Berlinie 35, w Warszawie, w Wiedniu, Petersburgu i Wrocławiu po 9; w Budapeszcie 12, w Pradze 11, w Paryżu 15, w Londynie 29. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Paryżu 8, w Londynie 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20,6; we Lwowie 37,5; w Brodach 63,5; w Drohobyczu 54,4; w Kołomyi 28,0; w Przemyślu 39,1; w Stanisławowie 37,6; w Tarnopolu 47,1; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 43,1; w Wiedniu 20,7; w Salcburgu 36,8; w Tryjeście 33,7; w Insbruku 14,0; w Pradze 28,3; w Bernie 34,5; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 18,8; w Warszawie 33,0; w Poznaniu 29,3; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 26,3; w Gdańsku 21,4; w Dreźnie 23,7; w Hamburgu 23,4; w Kolonii 20,0; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 24,7; w Strasburgu 16,8; w Amsterdamie 19,2; w Brukseli 23,4; w Budapeszcie 27,3; w Chrystyjanii 21,4; w Kopenhadze 27,3; w Londynie 14,4; w Odesie 29,4; w Paryżu 18,1; w Petersburgu 20,2;; w Rzymie 32,2, w Stokholmie 18,7; w Wenecyi 30,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 27 października. Czytamy w *Medycynie*: Prof. Włodzimierz Brodowski, który z d. 18 b. m. przestał być dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie warszawskim, a pełnił zaszczytne te obowiązki przez lat 18 z rzędu, cieszy się powszechnym szacunkiem tak kolegów jak i uczniów. Otoczony powagą człowieka głębokiéj nauki, wzbudzał poważanie w swoich uczniach przez staranny, jasny i wszechstronnie opracowany wykład, przez sumienne załatwianie wszystkich spraw odnoszących się do ważnego urzędu, jaki piastował, oraz przez prawdziwie ojcowskie z nimi obchodzenie się. Surowy ale sprawiedliwy w sądzie, ułatwiający wszystkim wszystko, o ile daje się to pogodzić z literą prawa, szafujący oględnie i rozumnie funduszem dla niezamożnych studentów, przejęty gorącem zamiłowaniem do nauki, któréj życie swoje poświęcił, zacny i szlachetny w każdéj swéj myśli i w każdym uczynku, b. dziekan zasłużył się dobrze naszemu społeczeństwu. Do tego wieńca zasługi, który myślące czoło jego zdobi, pragniemy i my, którzy na przeszło ćwierćwiekową działalność jego z bliska się patrzymy, wpleść skromny nasz listek. Oby żył jak najdłużéj i oby jak najdłuższe lata przyświecał nam swojemi wysokiemi obywatelskiemi cnotami!

Obecnie wybrany został dziekanem Wydziału lekarskiego prof. anatomii Dr. Mikołaj Czausow".

* Na posiedzeniu ostatniem Wydział lekarski przedstawił Ministerstwu do zatwierdzenia na posadę asystenta przy katedrze fizyjologii Drnda Wiktora Idzińskiego.

* D. 27 października w mieście francuskiem Tours odbędzie się jednocześnie odsłonięcie pomników trzech sławnych lekarzy: Velpeau, Trousseau i Bretonneau.

* **Rosyja. Petersburg.** Inspektor lek. wojskowy w Kaukazie Dr. Adolf Remmert mianowany został głównym lek. inspektorem armii. Jestto człowiek czynu i nauki; jako lekarz zajmuje się głównie ginekologiją, higijeną i balneologiją. Po zajęciu Merwu pierwszy jako lekarz objechał kraj stepowy zakaspijski, a podczas sprawowania urzędu na Kaukazie śmiertelność armii zeszła z 13·5 do 7·1 na 1000. Spodziewają się wielkich korzyści z jego kierownictwa dla zdrowia armii oraz dla znaczenia lekarzy wojskowych w Rosyi. — **Wołogda.** Dr. Paweł Malczewski, pochodzący z gub. Grodzieńskiéj, dotychczas lekarz 82 rezerw. batalijonu, otrzymał posadę asystent a przy katedrze higijeny przy Akademii med. chir. w Petersburgu. — **Kazań.** Wiadomość podana w Nrze 41 Przegl. Lek., a zaczerpnięta z *Wracza* o przejściu prof. Adamiuka w stan spoczynku, według listownego doniesienia, jest przedwczesną. *Dr. J. T.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Nadzw. prof. Dr. Jarosław Hlava mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznéj w Wydziale czeskim, a prof. nadzw. Dr. Zygmunt Mayer zwyczajnym profesorem histologii w Wydziale niemieckim. — **Insbruk.** Następcą prof. Langa ma zostać docent wiedeński Dr. Jarisch. — **Manchester.** Dr. Jakób Ross mianowany profesorem medycyny w Owens College. —

Monachijum. Docent higijeny Dr. Renk mianowany został radcą rządowym i członkiem ces. Urzędu zdrowia. — **Petersburg**. Prof. Petri z Berna szwajc. mianowany nadzw. profesorem uniwersytetu.

* **Nekrologija**. D. 28 września ›b. umarł w Lipsku z raka żołądka zasłużony botanik Dr. Leon Cieńkowski, urodzony w Warszawie w r. 1822. Był on profesorem botaniki w Petersburgu, Odessie i Charkowie a jeszcze w r. 1882 wysłany został za granicę celem poznania się bliższego z pracami Pasteura i Kocha. Zasłużył się w bakteryjologii i szczepieniu księgosuszu a głośną była praca jego, ogłoszona w r. 1856 p. t. *Zur Genesis des einzelligen Organismus*, którą uczeni niemieccy uznali za dowód samorództwa, a głośniejszą jest druga jego praca, którą ogłosił wkrótce potém, a w któréj sam dowód przeciwny przeprowadził.

W Suwałkach umarł tameczny gubern. inspektor lekarski Dr. Rutkowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Rydygiera: Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach; Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Winawera: Torbiel wrodzona pod powieką dolną. — W *Medycynie* Nr. 43: Rydygiera: Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. HLAVA: Význam mikroorganismu při variole, str. 16.

Dr. OBRZUT: O bunkach obrovských, str. 19.

Prof. THOMAYER: O pohybech sdružených str. 14.

Dr. MAREŠ: Původ kyseliny močové u člověka, str. 20.

Wszystkie te rozprawy są odbitkami ze Sbornika lekarskiego II., 1, 1887 w Pradze.

Dr. J. PAWIŃSKI: Powikłanie włóknikowego zap. płuc zakaźném zap. wsierdzia (Odbitka z *Gaz. Lek.*), Warszawa, 1887, in 8vo, str. 31.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. w Warszawie, Dr. R. we Lwowie, Drowie C. i K. w Jaśle, Dr. K. w Krakowie, Dr. K. w Celebic w Bośnii: Otrzymaliśmy i umieścimy. — Wszystkich szan. współpracowników prosimy, aby zasyłając prace zechcieli odrazu naznaczyć na rękopiśmie, czy i ile odbitek sobie życzą. Życzeń późniéj wyrażonych częstokroć bez wielkiego wydatku uwzględniać już nie można.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 10927. pr. **OGŁOSZENIE.**

W celu obsadzenia opróżnionéj posady ck. lekarza powiatowego względnie asystenta sanitarnego rozpisuje się niniejszém konkurs do dnia 15 listopada.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 (Dz. u. p. l. 37), niemniéj dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum ck. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące ck. Starostwo, a we Lwowie i Krakowie przez ck. Dyrekcyje policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 18 Października 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 5 Listopada 1887. Nr. 45.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 5 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj w Królewcu.

Topograficzno-anatomiczne spostrzeżenia w zakresie n. współczulnego szyi.

Podał Dr. T. Drobnik.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Spółczulne włókna, idące do n. krtaniowego górnego, wyłaniają się podług Luschki już z górnego zwoju struny krańcowéj. Inni anatomowie przyłączają się do zdania tego anatoma a Cruveilhier opisuje także spostrzeżenie swoje, podług którego odnoga zewnętrzna n. krtaniowego górnego nieraz już od pnia n. błędnego osobno od odnogi wewnętrznéj się oddziela a nici spółczulne zespalające strunę krańcową z nerwem krtaniowym górnym idą od zwoju górnego wprost od odnogi zewnętrznéj. I w tych jednak razach nić łącząca strunę krańcową z n. krtaniowym górnym połączona jest zawsze przez gałązki zespalające z pierwszą odnogą sercową. Zważywszy tedy, że początek pierwszéj odnogi sercowéj w ogóle licznym podlega odmianom, i że bardzo często kilka cienkich niteczek, występujących bądźto ze zwoju, bądźto z odnogi zstępującéj struny krańcowéj, na nią się składa, skłonny jestem do twierdzenia, że w każdym razie zamiana włókien pomiędzy n. krtaniowym górnym a spółczulnym narządem nerwowym szyi odbywa się przez włókna pierwszéj gałęzi sercowéj [1]). Jaki wpływ dopiero co opisany układ anatomiczny włókien nerwowych szyi ma na czynności narządu krwionośnego i oddechowego, o tém przesądzać dzisiaj nie można, ponieważ dotychczasowe badania fizyjologiczne téj sprawy się tyczące nie dają żadnéj podstawy do jakichkolwiek na doświadczeniach opartych wniosków. Że istnieje ścisły stosunek pomiędzy przyrządami oddechowemi a krwionośnemi w myśli wzajemnego ich na siebie oddziaływania, jest, podług doświadczeń zebranych przez spostrzeganie objawów wola, rzeczą niewątpliwą; że ład w tych czynnościach utrzymywanym bywa za pomocą włókien nerwowych systemu n. błędnego i współczulnego, jest więcéj niż prawdopodobném.

Ze względu na to, że odnoga zewnętrzna n. krtaniowego górnego, jako w znacznéj części składająca się z włókien współczulnych uważaną być musi, nie mogę ominąć téj sposobności bez dokładniejszego rozpatrzenia topografii tego nerwu. Pobudką szczególną do tego jest jednak operacyja podwiązania tętnicy tarczykowéj górnéj i dla tego czuję się głównie obowiązanym uwzględnić stosunek pomiędzy nią a odnogą zewnętrzną n. krtaniowego górnego.

Tętnica tarczykowa górna wychodzi zazwyczaj z początku t. szyjnéj zewnętrznéj. W przebiegu swoim ku gruczołowi tarczykowemu tworzy ona łuk, wypukłością swoją zbliżony do błony gnyko-tarczykowéj, zwraca się potém ku końcowi utworzonemu przez m. mostko-obojczyko-sutkowy i łopatko-gnykowy. Z tego kąta z pod mięśni wyziera górna część gruczołu tarczykowego, będącego celem, do którego zdąża t. tarczykowa górna, dzieląca się przed wniknięciem w miąższ gruczołu na dwa główne ramiona. Tuż pod wielkim rogiem kości gnykowéj oddziela się od pnia t. tarczykowéj górnéj tętnica krtaniowa górna. Na téj saméj mniéj lub więcéj wysokości przebiega od tyłu poza tętnicą tarczykową górną, oddzielona od niéj dość grubym pokładem tkanki łącznéj, odnoga wewnętrzna n. krtaniowego górnego, udająca się przez odpowiedni osobny otwór w błonie gnyko-tarczykowéj do wnętrza krtani.

Odnoga zewnętrzna n. krtaniowego górnego ma przebieg więcéj niestały, podlegający liczniejszym zmianom. Pominąwszy wyżéj wzmiankowane spostrzeżenie Cruveilhiera, podług którego odnoga ta odrębnie od odnogi wewnętrznéj z pnia n. współczulnego wychodzić może, spotykamy nierza-

[1]) Podług spostrzeżenia Cruveilhiera odnoga zewnętrzna n. krtaniowego górnego przy zamianie włókien pomiędzy nim a struną krańcową szczególnie interesowaną być powinna.

dko obie bardzo rychło po krótkim wspólnym przebiegu w pniu n. krtaniowego górnego od siebie się odczepiające. Często jednak przebiegają one dość daleko, aż do zewnętrznéj ściany krtaniowéj wspólnie, gdzie dopiero każda w swoją rozchodzi się stronę. W obu razach stosunek odnogi zewnętrznéj do t. tarczykowéj górnéj jest odmiennym. W ostatnim razie odnoga ta biegnie prosto ku dołowi po mięśniu tarczyko-gardłowym, wciska się w szparę między włóknami mięśnia pierścienio gardłowego się znajdującą, lub idzie wprost do mięśnia pierścienio-tarczykowego. Zasiliwszy włóknami ten mięsień, przebija ona błonę sprężystą krtani i rozpościera się na dolnéj stronie struny głosowéj. W pierwszym razie odnoga zewnętrzna n. krtaniowego górnego tworzy lekki wypukłością na zewnątrz zwrócony łuk, którego dolny koniec sięga często aż poniżéj kostki pierścieniowéj, poczém lekkim zwrotem ku górze i wewnątrz zmierza do dolnéj części krtani. Zbiegając po mięśniu tarczyko-gardłowym odnoga ta z tętnicą tarczykową górną w żadną styczność nie wchodzi, podczas gdy w przeciwnym razie poza rozgałęzieniami tego naczynia przeciskać się musi, albo w pośród tychże ku swemu celowi się wije. Podwiązanie téj tętnicy w kącie utworzonym przez mięśnie mostko-obojczyko sutkowy i łopatko-gnykowy, jak to radzi Walther *(Neue Heilart des Kropfes.* Sulzbach, 1817), ze względu na możliwość obrażenia pnia n. krtaniowego górnego przy podwiązaniu pod rogiem wielkim kości gnykowéj, uważać należy jako niebezpieczne dla ważnéj odnogi zewnętrznéj tego nerwu. Operacyję tę, zdaniem mojém, najłatwiéj wykonać, odszukawszy tętnicę szyjną zewnętrzną, któréj pierwsze ramię tworzy tętnica tarczykowa górna. Nie wielkie także trudności napotykamy przy odszukaniu wyżéj opisanego łuku téj tętnicy tuż pod wielkim rogiem kości gnykowéj. Uczyniwszy to znajdujemy się w położeniu podwiązania podług woli tętnicy tarczykowéj górnej, albo powyżéj albo poniżéj początku tętnicy krtaniowéj górnéj. W pierwszym razie, przy równoczesném podwiązaniu tętnicy tarczykowéj dolnéj, odcinamy wszelki przypływ krwi do gruczołu tarczykowego, w drugim razie przez wewnątrzkrtaniowe zespolenie naczyń dopływ krwi choć słaby do tego gruczołu jest możliwy [1]). Obawa wytworzenia się silnego obocznego krążenia krwi zdaje mi się płonną, gdyż odnogi zespalające przechodzić muszą przez silne błony albo kanaliki w kostce wyżłobione, niesklonne do rozszerzania się, szczególnie jeżeli się ono ma nagle uskutecznić.

Stósunki anatomiczne nerwu współczulnego do nerwu wstecznego.

Zamiana włókien pomiędzy systemem n. współczulnego szyi a n. wstecznym uskutecznia się w przeważnéj części z pomocą gałązek udających się albo od odnogi łączącéj pierwszą odnogę sercową n. współczulnego z gałęzią zewnętrzną n. krtaniowego górnego, otulonych tylną częścią torebki gruczołu tarczykowego, albo przez gałązki łączące wprost pierwszą gałąź sercową z nerwem wstecznym lub jego rozgałęzieniami, udającemi się do górnéj, szyjnéj części tchawicy. Bardzo często spotykałem dziwnym sposobem nigdzie dotychczas nieopisaną gałąź nerwową, udającą się bądź wprost od pierwszéj odnogi sercowéj, bądź też od odnogi zespalającéj ją z nerwem krtaniowym górnym, do bocznéj ściany tchawicy rozpadającéj się tamże na rozliczne pokrywające ją jakoby siecią nici współczulne i zespalającéj się z różnemi gałązkami n. wstecznego. Z téj sieci wyłania się bardziéj ku dołowi dość silna odnoga bieżąca wzdłuż i po obu stronach tchawicy aż do miejsca widłowatego rozdzielenia się téjże. W miejscu odczepienia się nerwu wstecznego od n. błędnego posyła odnoga współczulna przytchawicowa dość silną nić zespalającą do n. wstecznego, poczém dzieli się na dwie gałęzie, z których jedna dąży ku osierdziu, druga udaje się do splotu płucnego przedniego, utworzonego przez nerw błędny. Zdarza się także, że współczulna odnoga przytchawicowa nie łączy się na tchawicy wcale z nerwem wstecznym i dopiero na dole u jego początku włókna z nim zamienia.

Widzimy tedy wielokrotny związek pomiędzy pierwszą szczególnie gałęzią sercową nerwu współczulnego i nerwami zostającemi w bezpośrednim stosunku z drogami oddechowemi. Może spostrzeżenia czynione na chorych w połączeniu z poszukiwaniami na stole sekcyjnym w te tropy skierowanemi odsłonią nam przyczynę i cel rzeczywisty takiego anatomicznego układu dopiero co opisanych nerwów.

Nerw współczulny w obec tchawicy i gruczołu tarczykowego.

Nie mniejszą ilość włókien współczulnych od krtani posiada tchawica. Zewnętrzna jéj ściana często jest opleconą mnóstwem drobnych niteczek nerwowych, pochodzących bądźto z pierwszéj odnogi sercowéj, bądźteż z n. wstecznego. Pojedyncze gałązki przenikają więzadła międzypierścieniowe tchawicy *(ligg. interannularia).* Włókna należące do systemu n. błędnego rozpościerają się w błonie śluzowéj i podrażnione wywołują kaszel, podczas gdy włókna współczulne zdołałem śledzić aż do mimowolnych pęczków mięśniowych łączących pojedyńcze pierścienie kostne tchawicy i oskrzeli a służących do ścieśnienia dróg oddechowych podczas silnego wydechania, np. przy kaszlu.

Gruczoł tarczykowy zaopatrzony jest podług ogólnie przyjętego zdania we włókna współczulne tylko za pomocą i przez pośrednictwo splotów owijających tętnice tarczykowe górną i dolną. Luschka (*Anatomie des Menschen.* Tübinga, 1862) wyraźnie powiada: *Weder vom Nerv. laryngeus sup. und inf., noch auch vom sog. ramus descendens hypoglossi, werden, wie manche Anatomen irrig behaupten, an die Schilddrüse Zweigchen abgegeben*". Zdanie to w części tylko słuszne należy zmienić i uzupełnić. Gałązki bowiem, udające się do gruczołu tarczykowego mają wieloraki początek. Oprócz gałązek oddzielających się od zwoju średniego, często także od początków drugiéj odnogi sercowéj, struny krańcowéj do ściany tętnicy tarczykowéj dolnéj, napotykamy nieraz gałązki pierwszéj odnogi sercowéj w drodze ku nerwowi wstecznemu lub jego rozgałęzieniom, oddające cienkie niteczki, które ostatecznie albo razem z tętnicami, albo, co się rzadziéj zdarza, osobno w gruczoł tarczykowy wnikają. Widzieć sploty nerwowe współczulne na tętnicy tarczykowéj górnéj, udające się wraz z jéj rozgałęzieniami do gruczołu tarczykowego, dość rzadko miałem sposobność; za to częściéj spotykałem gałązki z odnogi zespalającéj pierwszą odnogę sercową z odnogą zewnętrzną nerwu krtaniowego lub niteczki nerwu idące wprost od odnogi zewnętrznéj nerwu krtaniowego górnego do miąższu gruczołu tarczykowego. Inerwacyja tego narządu odznacza się wielką niestałością. Raz spotykamy wiele niteczek nerwowych łatwo dających się tropić aż do miąższu, gdy kiedyindziéj nie widzimy rzeczywiście żadnych nerwów w gruczole samym się kończących. Wprawdzie w kierunku

---

[1]) Zespolenie wewnątrzkrtaniowe tętnic tarczykowych odbywa się za pomocą tętnicy krtaniowéj górnéj, pochodzącéj z tętnicy tarczykowéj górnéj i tętnicy krtaniowéj dolnéj, wychodzącéj z tętnicy tarczykowéj dolnéj w kącie pierścienio-tchawicowym.

gruczołu i to ku tylnéj ścianie jego torebki dąży bardzo wiele niteczek nerwowych ze wszystkich w okolicy znajdujących się odnóg nerwu błędnego i współczulnego, służą one jednak tylko albo do zespolenia tych nerwów ze sobą, albo giną w tkance łącznéj otaczającéj gruczoł tarczykowy, przełyk, krtań i tchawicę. Gałązki te składają się w znacznéj części z bardzo cienkich włókien nerwowych; włókna obdarzone osłonką rdzeniową rzadziéj się spotyka.

Stosunek struny krańcowéj i jéj odnóg sercowych do tętnicy tarczykowéj dolnéj.

Uczyniwszy już poprzednio wzmiankę o zwoju średnim struny krańcowéj i jego zachowaniu się w obec tętnicy tarczykowéj dolnéj, pozostaje mi tylko wziąć pod rozwagę pytanie, w których miejscach tego naczynia przebiega struna krańcowa i jéj odnogi sercowe.

Struna krańcowa, jak już wyżéj wspomniałem, spotyka się z tętnicą tarczykową na wysokości jéj pierwszego, zewnętrznego łuku. Nie daleko od struny krańcowéj, na wewnątrz i często tuż przy niéj, spotykamy drugą odnogę sercową, pierwszą zaś daléj jeszcze na wewnątrz na przejściu pomiędzy łukiem wewnętrznym a zewnętrznym tego naczynia. Tętnica tarczykowa dolna dzieli się widłowato na dwa ramiona raz bliżéj raz daléj od gruczołu tarczykowego. Skutkiem tego pierwszą gałąź sercową nie rzadko na wewnątrz od miejsca rozdziału spotkać można.

Czy struna krańcowa i jéj odnogi sercowe przebiegają przed czy za tętnicą tarczykową dolną, to zależném jest od sposobu przenikania tego naczynia przez powięź otulające n. współczulne. Początkowo jako pień tarczyko-karkowy (*truncus thyreo-cervicalis)* tętnica tarczykowa leży poza oponą nerwów współczulnych szyi (*Sympathicusscheide*; *feuillet aponevrotique spécial du nerf grand sympathique*); gruczoł tarczykowy leży poza jéj obrębem. Tętnica tarczykowa dolna przebija dowolnie, można powiedzieć, albo bliżéj, albo daléj od linii środkowéj oponę nn. współczulnych; w skutek tego mogą one leżeć poza nią albo przed nią. Struna krańcowa wraz z drugą gałęzią sercową leży po większéj części przed nią, pierwsza gałąź sercowa częściéj za nią, czasem także pomiędzy jéj gałęziami.

Podwiązanie tętnicy tarczykowéj dolnéj w obec struny krańcowéj i jéj gałęzi sercowych.

Podany przeze mnie (O podwiązaniu tętnicy tarczykowéj dolnéj. *Gazeta Lekarska*, 1887, Nr. 6; *Die Unterbindung der Arteria thyroidea inferior. W. med. Wochenschr.*, 1887, Nr. 3) sposób podwiązania tętnicy t. tarczykowéj dolnéj odznacza się, pominąwszy inne korzyści, przed metodami Velpeaua, v. Langenbecka i Wölflera, że nie naraża w żadnym razie ani jednego włókna współczulnego na obrażenie. Nie znamy wprawdzie niebezpieczeństw uszkodzenia rozmaitych odnóg współczulnych, być może nawet, że w skutek szeroko rozgałęzionych zespoleń szkodliwość podobnych uszkodzeń nie jest wielką, w każdym razie jednak nie mamy prawa lekceważyć większych odnóg zwłaszcza sercowych struny krańcowéj. Z pomiędzy innych metod, żadna nie odznacza się jakąkolwiek pewnością pod tym względem, żadna nie daje pewnéj, na anatomicznych danych opartéj rękojmi, że postępując podług niéj nie przerwiemy lub podwiążemy razem z tętnicą także któréjkolwiek odnogi współczulnéj, sposób zaś wykonania téj operacyi podany przez Wölflera (*Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. W. med. Wochensch.*, 1886, Nr. 29 i 30) jest wprost niebezpiecznym dla struny krańcowéj saméj albo dla zwoju średniego. Dołączywszy do dawniejszych poszukiwań anatomicznych, tyczących się téj sprawy, jeszcze obecne, uważać muszę za niebezpieczne dla nerwów współczulnych każde podwiązanie na wewnątrz od początku tętnicy karkowéj wstępującéj (*art. cervicalis ascendens)* i radzę podwiązanie wykonać pomiędzy początkami tętnic karkowych wstępującéj i powierzchownéj (*superficialis*). W razach, w których obie te tętnice tak blisko siebie z pnia tarczyko-karkowego wychodzą, że podwiązanie pomiędzy niemi bardzoby trudno dało się uskutecznić, należy je wykonać raczéj poniżéj tętnicy karkowéj powierzchownéj, niż na wewnątrz od wstępującéj. Wprawdzie sposób, podług którego prof. Obaliński operacyę tę wykonał, ma ważną zaletę, że po każdéj stronie szyi tylko jedno cięcie do podwiązania obu tętnic tarczykowych jednéj strony wykonać potrzeba, ale w obec niebezpieczeństwa uszkodzenia tak ważnych nerwów jak wstecznego, odnogi zewnętrznéj n. krtaniowego górnego i gałęzi zespalającéj ją z pierwszą odnogą sercową a niekiedy i téj ostatniéj, stosowniéj pewno będzie podwiązanie wykonać za pomocą osobnych cięć, mniéj obrażających; dających łatwiejsze warunki gojenia i oprócz wyżéj wymienionego mniejsze niebezpieczeństwo wyniknąć mogące z ropienia, bądź co bądź zdarzającego się niekiedy pomimo przeciwgnilnego sposobu opatrywania ran. W razie ropienia sposób podwiązania obu tętnic tarczykowych po jednéj stronie za pomocą jednego cięcia, wykonany przez profesorów Wölflera i Obalińskiego, otwiera na oścież drogę do przestworu śródpiersiowego. Podwiązanie wykonane w miejscu podaném przezemnie nawet w razie ropienia nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa, ponieważ pień tarczyko-karkowy w têm miejscu leży na silnie rozwiniętéj powięzi przedkręgowéj, chroniącéj równocześnie nerw przeponowy.

II. Przyczynek do laparotomii w gruźliczém zapaleniu otrzewny.

Podał

Dr. Rudolf Trzebicky,

Docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

II. Gruźlica trąbek i otrzewny. Laparotomija. Wycięcie trąbek. Wyleczenie. M. J., 48 lat, z Dukli w Galicyi. Chora pochodzi z rodziny zdrowéj, sama dotychczas cięższych chorób nie przebywała. Rodziła 10 razy, raz poroniła. Przed rokiem wystąpiła u choréj bez wiadoméj przyczyny gorączka wraz z bólami w brzuchu, przyczém téż i rozmiary brzucha powolnie zaczęły się zwiększać. Ustawiczne bóle, jakotéż zupełna bezskuteczność środków wewnętrznych, zmusiły chorą do szukania pomocy w tutejszéj klinice chirurgicznéj.

Stan obecny. Osoba wzrostu niskiego, wątła i niedokrewna. Narząd krążenia prawidłowy, w płucach lekki tylko nieżyt. Brzuch, zwłaszcza w dolnych częściach, znacznie wypuklony. Przy obmacaniu wybadać można w jamie brzusznéj guz wielkości głowy mężczyzny, o ścianach gładkich, chełboczący, na boki nieco przesuwać się dający. Odgłos wypukowy nad całym guzem stłumiony (w linii środkowéj stłumienie sięga na 2 cm. powyżéj pępka zupełnie zaniknętego, i ztąd schodzi ku dołowi na obie strony liniją ku górze wypukłą). Badanie przez pochwę bardzo bolesne, macica w całości wyparta na lewo; w jamie Douglasa po stronie prawéj guz

wielkości jaja gęsiego, twardy, przy ucisku bolesny, prawie całkiem nieprzesuwalny. Ciepłota i tętno prawidłowe. Rozpoznano z wszelkiém prawdopodobieństwem guz wychodzący z jajnika. Dnia 7 maja 1885 r. wykonano laparotomię. Po otworzeniu jamy brzusznéj cięciem 12—15 cm. długiém, przekonał się wkrótce prof. Mikulicz, że mamy tu do czynienia nie z guzem, lecz z otorbioną wypociną. W jamie utworzonéj częścią przez pozlepiane ze sobą pętle jelitowe, częścią przez sieć i części rodne, mieściła się ciecz surowicza, zawierająca liczne strzępy włóknika. Otrzewna ścienna i trzewowa pokryta była w licznych miejscach małemi gruzełkami. Na dnie jamy téj znaleziono dwa guzy, odpowiadające trąbkom o powierzchni nierównéj, każdy wielkości jaja gęsiego, guzy te pozrastane były licznemi a wiotkiemi zrostami z otaczającemi tkankami. Wypreparowano z wielkim trudem oba te guzy, poczém wycięto obie trąbki w całéj ich długości, podwiązawszy je poprzednio mocnym jedwabiem. W środku obu wyciętych trąbek znajdowała się obszerna jama, wypełniona treścią zagęszczoną, serowatą, prócz tego na błonie śluzowéj trąbek były wybitne gruzełki. Badanie drobnowidowe wykazało liczne prątki gruźlicze. Po wymaczaniu całéj wypociny gąbkami, zeszyto ranę w powłokach brzusznych z wyjątkiem tylko jéj dolnego kąta, przez który wprowadzono sączek grubości palca aż do samego kikuta, pozostałego po wycięciu trąbek. Przebieg dalszy bez odczynu i gorączki. Rana zagoiła się zupełnie przez rychlozrost, w dolnym tylko jéj kącie pozostała mała przetoka wydzielająca nieco surowiczo-ropnéj wypociny. Z przetoką tą opuściła chora klinikę. Guz, który przed operacyją posiadał wielkość głowy mężczyzny, po operacyi przedstawiał się jako guz wielkości pięści, wyczuwalny ponad spojeniem łonowém.

W grudniu 1885 r., a więc prawie w pół roku po operacyi, zgłosiła się chora powtórnie do kliniki. Chora czuła się zupełnie zdrową, wejrzenie jéj było kwitnące, a przybyła do kliniki jedynie tylko z powodu przetok w bliźnie pooperacyjnéj. Przy badaniu znaleziono w bliźnie 3 przetoki wydzielające obficie ciecz surowiczo-ropną. Do dolnéj i środkowéj przetoki wchodziła sonda z łatwością na jakie 7—8 cm. w głąb, podczas gdy do górnéj, znajdującéj się w górnym końcu blizny, można było wsunąć sondę tylko na 4 cm. Powyżéj spojenia łonowego dał się jeszcze i teraz wybadać guz wielkości pięści, ze skórą zrośnięty i na boki przesuwalny.

Dnia 18 grudnia przecięto mostek łączący wszystkie 3 przetoki ze sobą, poczém wyskrobano wszystkie przetoki ostrą łyżeczką. Przy téj sposobności przekonano się, że obie dolne przetoki, jedna dążąc na prawo, druga na lewo, dochodziły w głąb prawdopodobnie aż do samych jajników, podczas gdy górna kończyła się w powłokach brzusznych. Leczenie było bardzo długie i żmudne. Górna przetoka zagoiła się wkrótce przy leczeniu jodoformem, przy obu zaś dolnych ani za pomocą jodoformu, ani lapisu, ani olejku terpentynowego nie można było przyśpieszyć wygojenia, tak że wreszcie chora 15/4 1886 opuściła klinikę na własne żądanie z przetoką w dolnym kącie rany, długą na 3 cm. Guz nad spojeniem łonowém znikł przez ten czas zupełnie.

Według doniesienia listownego z dnia 6 września 1887 chora jest zupełnie zdrową, a przetoka ostatnia już od kilku miesięcy zupełnie zagojona.

III. Zapalenie gruźlicze otrzewny. Nacięcie Drenowanie. Śmierć z ogólnéj gruźlicy w 4 miesiące po operacyi. K. R., 46 lat, ze Świeńca w Galicyi, dziedzicznie nieobciążona. Obecna choroba trwa od roku. Przed rokiem wystąpiły u choréj napadowe bóle w brzuchu, przyczém też i brzuch zaczął się powiększać, a odpływy miesięczne, przedtém obfite, zupełnie ustały. Do tych przypadków przyłączyło się częste parcie na mocz, zaparcie stolca, a częściowo i obrzęk odnóg dolnych. Lekarz ordynujący kol. Jabłoński odesłał chorą z powodu tego cierpienia do naszéj kliniki, gdzie też dnia 4 grudnia 1885 r. przyjętą została.

Stan obecny. Osoba wątła o wejrzeniu zgrzybiałém, odżywieniu znacznie podupadłém. W płucach rozedma miernego stopnia. Śledziona powiększona. Brzuch beczułkowato rozdęty, pępek zatarty. Przy obmacaniu nie można wykazać w jamie brzusznéj żadnego oporu, odpowiadającego wybitnemu jakiemuś guzowi, tylko we wszystkich kierunkach wybitne chełbotanie. Stłumienie sięga ku górze w linii środkowéj na 4 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego, w linii sutkowéj prawéj i lewéj na 3 lub 4 palce poniżéj łuku żebrowego. W okolicy lędźwiowéj po obu stronach odgłos wypukowy bębenkowy. Badanie przez pochwę prócz tyłozgięcia macicy nie wykazuje nic więcéj nieprawidłowego. W moczu ani śladu białka. Ciepłota prawidłowa.

Rozpoznanie wahało się między guzem jajnikowym a otorbioną wypociną, choć niemożność wykazania jakiegokolwiek guza w jamie brzusznéj, jakoteż beczkowaty kształt brzucha więcéj przemawiał za tém drugiém przypuszczeniem.

Dnia 6 grudnia wykonał prof. Mikulicz laparotomię. Po przecięciu nader cienkich i chudych powłok brzusznych dostał się prof. Mikulicz wprost do obszernéj jamy, któréj ściany utworzone były po części przez pętle jelitowe pozlepiane między sobą, a pokryte grubą warstwą włóknika, po części zaś przez sieć. Wymaczano gąbkami mętną surowiczą wypocinę, przyczém też usunięto część złogów włóknikowych, które miejscami tworzyły pokład grubości palca małego, następnie przestrzykano całą jamę ciepłym 3% roczczynem kw. karbolowego i zeszyto ranę w ścianie brzusznéj, pozostawiwszy w niéj tylko miejsce na dren grubości palca, który wprowadzono do jamy Douglasa.

Dalszy przebieg był przez pierwsze 3 tygodnie zupełnie prawidłowy. Gorączka nie pojawiła się wcale, a przez dren wydobywała się bardzo tylko mała ilość rzadkiéj ropy. Jamę przepłukiwano co 2gi dzień 3 ‰ roczczynem kw. salicylowego, a dren skrócono o połowę prawie. Około Nowego roku 1886 zaszła nagła zmiana. Chora zaczęła silnie gorączkować, wydzielina stawała się coraz to obfitszą, a równocześnie pojawiła się biegunka, niedająca się powstrzymać żadnemi środkami wewnętrznemi. Ponieważ przytém rozmiary brzucha zaczęły się znów znacznie powiększać, przeto d. 20 stycznia 1886 r. rozszerzono przetokę nożem gałkowatym. Wprowadzoną sondę można było we wszystkich kierunkach swobodnie poruszać w przestrzeni 6—8 cm. Jamę całą wytarto dokładnie gazą jodoformową, poczém wsunięto w nią dwa dreny i 3 paski gazy jodoformowéj. Lecz i ten zabieg pozostał bezskutecznym. Jama nie okazywała najmniejszéj nawet dążności do zmniejszania się, pomimo że wstrzykiwano do niéj zawiesinę jodoformową, roztwór azotanu srebrowego, rozczyn octanu glinowego i t. d. Równocześnie zaczęły coraz wybitniéj występować objawy ogólnego gruźliczego zakażenia. Biegunka utrzymywała się ciągle, nadto pojawił się nader męczący kaszel i hektyczne poty. Ciepłota dochodziła wieczorem do 39·5—40·4° C. Wychudła do najwyższego stopnia chora zmarła d. 9 kwietnia 1886 r. o godz. 11téj w nocy.

Przy sekcyi (prof. Dr. Browicz) znaleziono w obu płucach liczne serowate ogniska od wielkości ziarna grochu do wielkości orzecha włoskiego. Obie opłucne zasiane były licznemi małemi gruzełkami. W gruczołach oskrzelowych zmiany gruźlicze. Pętle jelitowe pozlepiane jużto ze sobą, jużto ze znacznie zgrubiałą siecią za pomocą licznych, świeżych i dawnych zrostów. W sieci liczne gruźlicze ogniska. Między przednią ścianą brzuszną a pozlepianemi między sobą narządami jamy brzusznéj znaleziono płaską jamę, która sklepieniem swém dochodziła do wątroby znacznie powiększonéj, na prawo przekraczała tylko cokolwiek liniję środkową, na lewo zaś sięgała do linii sutkowéj. Z dna téj jamy biegła wypustka do jamy Douglasa, w któréj znajdowały się liczne a wiotkie zrosty. Między poszczególnemi pętlami jelit znaleziono w licznych miejscach otorbione serowate ogniska wielkości bobu. Nadto znaleziono w jelicie biodrowém wrzody gruźlicze, w odbytnicy zaś wrzody dyfterytyczne.

Jak świadczą wyżéj opisane historyje chorób, dotyczyły wszystkie 3 nasze przypadki kobiet, tak jak przeważnie wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki. Z pewnością nie rozpoznano cierpienia przed operacyją w żadnym przypadku, rozpoznanie wahało się między przewlekłém zapaleniem otrzewny a guzem w jamie brzusznéj. Że cierpienie otrzewny było natury gruźliczéj, w drugim naszym przypadku wykazało stanowczo badanie drobnowidowe, w trzecim zaś oględziny pośmiertne. Że w pierwszym naszym przypadku cierpienie otrzewny było również gruźliczém, nie mamy na to wprawdzie zupełnie ścisłego dowodu, tak jakby tego wymagał obecny stan nauki; w obec tego jednak, że otrzewna była pokryta mnóstwem drobnych szarawych guziczków, trudno cierpieniu temu inne przypisać znaczenie. W jednym przypadku mieliśmy do czynienia z typową pierwotną gruźlicą narządu rodnego, taką, jaką Hegar opisał, w dwóch innych przypadkach zupełnie nie wiemy, gdzie był punkt wyjścia cierpienia otrzewny.

Leczenie polegało w jednym przypadku na prostém tylko wypuszczeniu wypociny z zupełném zeszyciem rany w powłokach brzusznych, gdy w dwu drugich przypadkach drenowano jamę brzuszną, a w jednym z nich przepłukano ją nadto 3% kw. karbolowym. W 2 przypadkach osiągnięto zupełne wyleczenie, trzeci zakończył się śmiertelnie z powodu ogólnéj gruźlicy, lecz i w tym, choć niepomyślnym, przypadku, przecież jama zmniejszyła się znacznie.

III. Przyczynek do sprawy własności chłonniczéj skóry.

Napisał Dr. Leon Kopff w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Po tych próbach przedwstępnych przystąpiłem do właściwych doświadczeń, których opis niniejsza rozprawka ma za cel.

Doświadczenie I. Do doświadczenia tego użyto młodego, zdrowego, 20 lat liczącego mężczyznę. Dwa dni przed właściwém doświadczeniem N. N., użyty do tego doświadczenia, brał co wieczór kąpiel nożną mydlaną pół godziny trwającą, w celu usunięcia warstwy powierzchownéj, złożonéj zwykle z przyskórka złuszczonego i z łojem skórnym zmięszanego. Tak przygotowane odnogi dolne, po przekonaniu się dokładném, że nigdzie nie ma na skórze uszkodzeń przyskórka, zanurzono d. 16/11 1886 w naczyniu, zawierającém 11 litrów 2% roztworu chem. czystego jodku potasu. Kąpiel nożną taką ogrzano do 36°C.. Aby zapobiedz ulatnianiu i zbyt szybkiemu ochładzaniu wody, okryto naczynie czystém płótném, na to ceratą kauczukową i obwinięto dokładnie kocem. Kąpiel trwała przeszło 80 minut (do 10 wieczór).

Mocz zebrano od chwili rozpoczęcia doświadczenia aż do 8éj rano. Ilość jego wynosi 480sz.cm.

Nadmienić tutaj muszę, że tak w tém, jak i we wszystkich następnych doświadczeniach zawsze po kąpieli badano dokładnie znów przyskórek, że nigdy żadnego nadżarcia nieznaleziono. Daléj, że zawsze przed obtarciem nóg dokładnie opłókiwano je zwykłą wodą studzienną ciepłą, aby zapobiedz przyczepieniu się powierzchownemu cząstek jodku potasowego do włosów lub skóry, co mogłoby pociągnąć za sobą przypuszczenie, że cząstki te uległszy rozkładowi, wywiązały jod, który w postaci pary mógłby się dostać do ustroju. Wreszcie, że przed rozpoczęciem szeregu doświadczeń zawsze badano mocz prawidłowy osoby do doświadczeń użytéj, czy przypadkowo nie zawiera jodu, chociaż właściwie nie było podstawy do przypuszczania czegoś podobnego, — bo doświadczenia wykonywaliśmy na osobach dobrze bardzo nam znanych.

480 sz.cm. moczu, zebranych w tém pierwszém doświadczeniu, odparowywano na łaźni wodnéj do pozostałości krystalicznéj, dodając przytém do niego chemicznie czystego wodnika potasowego, aż do oddziaływania wybitnie zasadowego. Pozostałość krystaliczną wyciągano dokładnie wyskokiem 98% wrzącym. Pozostałość z tego wyciągu rozpuszczono w małéj ilości wody przekropłonéj i poszukiwano jod w sposób przy doświadczeniach wstępnych opisany. Wynik doświadczenia pierwszego był ujemny, ani kleikiem skrobi, ani dwusiarczkiem węgla jodu niewykazano.

Przyczyna tego wyniku ujemnego zdawała się, zdaniem mojém, polegać na tém, że jeżeli jodek potasu dostał się w ogóle przez skórę, to zawsze w ilości mniejszéj niż 0·35mgrm. Chcąc to stwierdzić, postanowiono zebrać mocz do badania po kilku kąpielach razem, aby małe ilości jodku potasowego któreby się po każdéj kąpieli nerkami z ustroju wydzielały, złączyć razem w większą całość. W tym celu przystąpiono do następującego:

Doświadczenia IIgo. Dn. 20/11 zastósowano, tak jak w pierwszém doświadczeniu opisano, kąpiel 70 minut trwającą. Moczu od 8½ wieczór do 8éj rano zebrano 520sz.cm. Dn. 21/11 zastósowano takąż samą kąpiel nożną, trwającą 95 minut. Od 10éj wieczór do 8 rano zebrano 490cm.sz. moczu. D. 22/11 taka sama kąpiel nożna, 60 minut trwająca. Moczu z 11 grudnia 460sz.cm. Ogółem użyto razem z tych trzech dni do badania chemicznego 1470cm.sz. moczu. Postąpiono z nim w sposób powyżéj opisany. Pozostałość wyciągowa w małéj ilości wody rozpuszczona była trochę brunatnawo-pomarańczowo zabarwioną. Poszukiwanie też jodu wypadło niedokładnie. Jeżeli jod się tutaj znajdował, to w każdym razie w ilości małéj, tak, że przy upośledzającém ubarwieniu cieczy bardzo pomarańczowém, ani kleikiem skrobi, ani dwusiarczkiem węgla na pewno jego obecność udowodnić się nie dawała. Doświadczenie to zatém chybiło celu nie przekonywając nas ani w jednym, ani w drugim kierunku.

Wynik tego ostatniego II doświadczenia nasunął nam nadto myśl, czy też ujemne dotychczasowe wyniki moich badań nie polegają na wadliwéj metodzie poszukiwania jodu w moczu. Użyliśmy tutaj co prawda metody podawanéj po-

wszechnie w podręcznikach a używanéj w doświadczeniach przez autorów naszego przedmiotu, najwięcéj na zaufanie zasługujących i znanych także i z innych prac, jako badacze sumienni i dokładni. Nieulegało wątpliwości, że to zabarwienie pozostałości wyciągowéj, które nam wykonanie odczynu na jod znacznie przecież utrudniało, polega na barwikach jakichś moczu, które przeszły w wyciąg wyskokowy. Jeżeli wyciągano pozostałość po odparowaniu mniejszéj ilości moczu, to słabo-żółtawe, lub słabo-żółtawo-pomarańczowe zabarwienie rozczynu wodnego pozostałości wyciągowéj dozwalało wykryć jod; gdy zaś wyciągano pozostałość po odparowaniu większéj ilości moczu, to i ilość barwików, która się dostawała do wyciągu wyskokowego, była znacznie większą. Zabarwienie to możnaby co prawda nieco zmniejszyć użyciem znaczniejszéj ilości wody do rozpuszczenia pozostałości wyskokowéj, ale w takim razie w tak rozcieńczonym rozczynie wykrycie jodu byłoby znów przez samo rozcieńczenie znacznie utrudnionem. Pozostawałoby nam chyba odczyszczenie rozczynu tego z barwików za pomocą węgla zwierzęcego. Jednakowoż przy takiém postępowaniu znów naraża się zawsze, zdaniem naszém, i tak już małą ilość rozczynu a zatém częstokroć minimalną ilość soli, którą śledzimy, na stratę niekiedy mogącą dobrze w rachunku zaważyć. Przytém nadmienić także wypada, że takie odbarwienie utrudnia dość całą robotę i tak już mozolną.

Z wyłuszczonych więc względów uważałem, że najodpowiedniéj będzie usunąć owe barwiki, zniszczeniem części organicznych. W tym celu całą ilość moczu zaprawialiśmy w nadmiarze wodnikiem potasowym, jodu niezawierającym, odparowywaliśmy do suchości, a następnie małemi częściami niszczyliśmy ciała organiczne w tyglu porcelanowym. Pozostałość częściowo zwęgloną wyługowywaliśmy dokładnie wodą wrzącą, aż dopóki już więcéj kropla przesączu nie dawała na nożu platynowym żadnego śladu jakichś ciał wyługowanych. Ciecz z wyługowania pochodzącą znów odparowywaliśmy do suchości, dodawszy znów nieco wodnika potasowego. Pozostałość ta bywała zwykle jeszcze zabarwioną cisawo od ciał organicznych. Spalaliśmy więc ją znowu na wolnym ogniu. Węgiel teraz powstały znowu w sposób powyżéj opisany ługowaliśmy wrzącą wodę. Tak ciągle postępowaliśmy aż wreszcie woda wyługowana, jakoteż pozostałość po jéj odparowaniu, zabarwieniem nie wskazywała więcéj obecności ciał organicznych w ilości większéj. Zazwyczaj przy ilościach moczu od 500 do 800, a nawet 1200cm.sz., dwukrotne palenie i ługowanie wystarczyło, aby cel żądany osiągnąć.

Skoro uzyskaliśmy rozczyn soli w moczu się znajdujących, już wolny od ciał barwiących, odparowywaliśmy go do pozostałości krystalicznéj. Pozostałość tę, stale mocno zasadowo oddziaływającą, wyciągaliśmy bezwodnym wyskokiem, dopóki się jeszcze cośkolwiek w wyskoku rozpuszczalnego znajdowało. Wyciąg wyskokowy odparowywaliśmy a pozostałość teraz już niezabarwioną więcéj rozpuszczaliśmy w małéj ilości wody przekroplonéj. Rozczyn ten teraz zagęszczony i już zupełnie czysty, lub też co najwyżéj bardzo słabo żółtawo ubarwiony, badaliśmy na jod w sposób, już wyżéj raz opisany.

Przyjąwszy teraz powyższą metodę badania chemicznego dla dalszych doświadczeń, powtórzyłem najprzód część badań przedwstępnych i przekonałem się, że 0,25mgrm. jodu potasowego wewnętrznie zażyte dają się w moczu, w następnych 7—8 godzin po zażyciu zebranym, bardzo dokładnie wykryć, oddziaływanie bowiem tak z kleikiem skrobi jak i dwusiarczkiem węgla na jod było wcale wybitném.

Po téj przedwstępnéj próbie wykonałem Doświadczenie III. Do doświadczenia tego użyłem młodego, zdrowego, 17-letniego chłopca. Podobnie jak w doświadczeniu Iém stosowano najprzód w takim samym celu przez dwa dni kąpiele mydlane, poczém przekonawszy się, że mocz jodu niezawiera a skóra nigdzie nie jest uszkodzoną, zastósowano, ze wszystkiemi w doświadczeniu Iém wymienionemi ostrożnościami, kąpiel nożną w 2% rozczynie wodnym jodku potasowego, do 36°C. ogrzaną. Kąpiel ta trwała 60 min. Po kąpieli obmyto nogi wodą ciepłą i dokładnie obsuszono, podobnie jak w doświadczeniu pierwszém i we wszystkich następnych. Moczu z 12 godzin następujących po doświadczeniu zebrano 720cm.sz. Badanie chemiczne, wykonane sposobem powyżéj opisanym (przez spalenie częściowe części organicznych), wykazało tak z dwusiarczkiem węgla, jakoteż następnie i z kleikiem skrobi ślady jodu dość wyraźnie dostrzegalne.

Chcąc się jeszcze raz przekonać czy wynik doświadczenia tego był prawdziwym przystąpiono do

Doświadczenia IV. W doświadczeniu tém stosowano przez dni dwa z rzędu (31/1 i 1/2 1887) kąpiel nożną w 2% rozczynie wodnym jodku potasowego, ogrzaną do 36°C. jedną godzinę trwającą, z zastósowaniem wszystkich powyżéj wymienionych ostrożności. Mocz zbierano z 12 godzin po doświadczeniu. Zebrano go razem z dwóch dni, w których stosowano kąpiele, 1520cm.sz. Z całą ilością moczu tego postąpiono jak w poprzedzającém doświadczeniu. W rozczynie wodnym pozostałości wyciągowéj udowodniono w sposób wybitny znaczniejsze ślady jodu, a to tak za pomocą dwusiarczku węgla, jak i kleiku skrobi. Chcąc się teraz przekonać, jaka mniéj lub więcéj ilość jodku potasowego jest w stanie przejść przez skórę w czasie kąpieli, przystąpiłem do

Doświadczenia Vgo. Doświadczenie to wykonano na téj samej osobie z zachowaniem wszystkich wymienionych powyżéj ostrożności i w sposób taki sam zupełnie jak poprzednie doświadczenie. Kąpiel stosowano przez cztery dni z rzędu. Każda kąpiel trwała 55 do 70 minut. Mocz zbierano z 12 godzin następujących od chwili rozpoczęcia kąpieli. Razem zebrano do badania chemicznego 3050cm.sz. Postąpiono z nim dla zniszczenia części organicznych w sposób już opisany wyżéj przy III i IV doświadczeniu. Pozostałość wyciągową rozpuszczono w wodzie przekroplonéj i oznaczono w niéj ilość jodu. Oznaczenie ilościowe wykonano miareczkowaniem. Do miareczkowania użyto podsiarczynu sodowego ($Na_2S_2O_4$), postępując w tym względzie według Classena (*Handb. d. quantit. anal. Chem.*, 1886). Rozczyn wodny pozostałości z wyciągu wyskokowego zakwaszono nieco rozcieńczonym kwasem chlorowodowym. Jod z połączenia wydzielono dymiącym kwasem azotowym. Następnie przez dokładne kłócenie go w dobrze zatkaném naczyniu z chemicznie czystym dwusiarczkiem węgla, przeprowadzono go w rozczyn. Rozczyn ten jodu w dwusiarczku węgla wymyto dokładnie kłócąc go z wodą przekropłoną; następnie dano go do małéj szklanéj flaszeczki z korkiem doszlifowanym, do któréj puszczano kroplami ostrożnie z kalibrowanéj biurety Geisslerowskiéj rozczyn chemicznie czystego podsiarczynu sodowego, kłócąc co chwila zawartość małéj flaszeczki, aż do chwili, gdy zabarwienie dwusiarczku węgla od jodu pochodzące, znikło zupełnie. Mianownik (Titer) podsiarczynu sodowego dla jodu, oznaczono podobnie; mianowicie w sposób taki sam miareczkowano jod tym samym rozczynem podsiarczynu sodowego

w kilku sześc. centymetrach rozczynu chemicznie czystego jodku potasowego o wiadoméj wartości. Następnie zwykłém obrachowaniem z ilości zużytego rozczynu podsiarczynu sodowego obliczono ilość jodu. Wynosiła ona w naszym przypadku 0,0032 jodu czystego, co odpowiada 0,00418 grm. jodku potasowego.

Na têm V doświadczeniu zamknęliśmy szereg naszych doświadczeń.

Na podstawie powyższych doświadczeń przyszedłem do stanowczego przekonania, że jodek potasowy z rozczynu wodnego niewątpliwie przez nietkniętą skórę przechodzi. Chłonienie to jednak jest bardzo nieznacznêm, bo ilość jodku potasowego, jaka w mocz przechodzi, jest tak małą, że wykrycie jéj jest połączone z bardzo wielkiemi trudnościami. Ztąd też wcale nie powinno nas zadziwiać, że w literaturze dotyczącego przedmiotu spotykamy tak ogromne sprzeczności. Wynik bowiem badań zależy tutaj od ilości użytego jodku potasowego do kąpieli, od ilości moczu zebranego do badania, a wreszcie przedewszystkiém od użytéj metody chemicznéj i dokładności w jéj wykonaniu. Małe ilości jodku potasowego w moczu obok tylu rozlicznych połączeń organicznych nie tak łatwo wykryć. Gdybyśmy byli poprzestali na badaniach naszych opisanych w doświadczeniu I i II, bylibyśmy musieli przyjąć twierdzenie, że jodek potasowy przez skórę nieprzechodzi. Zdaje się, że tą drogą poszli wszyscy badacze, zaprzeczający skórze własności chłonienia, nie wyjmując też z ich liczby i tak dokładnego badacza, jaklm jest R. Fleischer (*Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut.* Erlanga, 1877). Na dowód tego posłużyć nam może właśnie praca tego ostatniego autora. Fleischer podaje, że badania przedwstępne z jodkiem potasowym przedsięwzięte przekonały go, że dawki 0,0025grm. IK wewnętrznie użyte jeszcze dozwalały dość łatwo jod w moczu wykazać, jeżeli użyto metody wyżéj opisanéj wyciągania pozostałości odparowanego moczu wyskokiem i poszukiwania jodu w rozczynie wodnym pozostałości wyskokowéj. Po użyciu dawki 0,001 IK Fleischer nie mógł już wykazać jodu w moczu. W badaniach moich udawało mi się wprawdzie wykryć jod w moczu po użyciu wewnętrznêm znacznie mniejszéj dawki jodku potasowego [1]) (wahającéj się między 0,50 a 0,35mgm.), jednakowoż dalsze doświadczenia wykazały, że i to jest jeszcze nie wystarczającém, bo ilość jodu, jaka do ustroju z kąpieli w rozczynie jodku potasowego przez skórę się dostaje, i nerkami w postaci jodku potasowego wydzieloną zostaje, jest według wszelkiego prawdopodobieństwa znacznie mniejszą.

W końcu niniejszéj rozprawki poruszyć muszę jeszcze jedno pytanie, które mi się w toku doświadczeń powyższych na myśl nasunęło. Pytaniem têm jest: w jakim związku chemicznym jod z ustroju zostaje przez nerki wydzielonym, przy wessaniu go przez skórę w postaci jodku potasowego? Z analogii sądząc, wnosićby należało, że połączenie to (IK) przechodzi niezmienione przez ustrój i niezmienione téż znajduje się w moczu. Jednakowoż w czasie moich doświadczeń nasunęły mi się w tym względzie poważne wątpliwości. Że część wessanego jodku potasowego zostaje z ustroju nerkami bez zmiany wydaloną, nie ulega wątpliwości. Przez odparowanie moczu i wyciąganie wyskokiem przechodzi jodek potasowy w rozczyn wyskokowy. Jednak zdaje mi się, że tylko część jodu w ten sposób z ustroju wydzieloną zostaje. Przypuszczam zaś, że według wszelkiego prawdopodobieństwa część druga jodu wchodzi w związki organiczne, w których jod jest ujęty w skład rodniowy, zapewne sposobem podstawienia. Na téj zasadzie przypuszczam więc, że nie tylko samo przechodzenie barwików w wyskok, użyty do wyciągania pozostałości moczu, powstałéj po odparowaniu znaczniejszéj ilości moczu, wpływa na utrudnienie wykazania jodu, ale i to, że część tego jodu ujęta w rodzeń jakiegoś połączenia organicznego, usuwa się od wykrycia za użyciem bezpośredniém zwykłych na jod odczynników. Dopiero po zniszczeniu owego, bliżéj mi nieznanego, połączenia organicznego i po przeprowadzeniu całéj ilości jodu w połączenie z potasem, dodanym do moczu w czasie parowania w postaci wodnika potasowego, wykrycie jodu nie przedstawia trudności.

Na poparcie tego samego przypuszczenia podaję tutaj tylko z wyżéj opisanych moich doświadczeń następujące dowody. W doświadczeniu drugiém wstępném wykazałem, że jod można w moczu wykryć metodą zwykłą, t. j. odparowaniem i wyciąganiem pozostałości wyskokiem, jeżeli wewnętrznie użyjemy przynajmniéj 0·50 do 0·35 mgrm. jodku potasowego; podczas gdy po wewnętrznêm użyciu 0·30 mgrm. IK oddziaływania na jod w pozostałości wyciągowéj już nie wykazano. Cyfra 0·35 mgrm., jako granica w doświadczeniu, jest o tyle dowolnie przyjętą, że wykonywając to doświadczenie, robiono próby najprzód z użyciem wewnętrznie 0·003 grm. IK (według Fleischera), potém 0·0015 grm. IK, potém 0·7 mgrm. IK, daléj 0·5 mgrm. IK i znów 0·4 mgrm. IK, aż w końcu przekonano się, że po użyciu 0·3 mgrm. IK jodu już więcéj w moczu wykazać nie można. Przyjęto więc na zasadzie prawdopodobieństwa średnią ilość między 0·4 a 0·3, t. j. 0·35 mgrm. jako granicę ostateczną dawki, którą po wewnętrznêm użyciu jeszcze w moczu udowodnić można. Doświadczenie podobne wykonane na wstępie do doświadczenia trzeciego, wykazało jako granicę dawki wewnętrznie użytéj 0·25 mgrm. Być może łatwo, że granica ta znajduje się nieco poniżéj 0·25 mgrm., jednakowoż różnica ta, wnosząc z nasilenia odczynu na jod, nie będzie wielką, a cyfra owa niewiele się różni od przyjętéj przez nas granicy w ilości 0·25 mgrm. Jeżeli teraz porównamy różnice wyniku doświadczenia I i II, w których używaliśmy metody bezpośredniego wyciągania pozostałości moczu wyskokiem, z wynikami doświadczenia III i IV, w których niszczyliśmy części organiczne przed wyciąganiem ich wyskokiem, uwzględniwszy przytém doświadczenie V, w którém oznaczyliśmy jod ilościowo, to uderzy nas niestosunek, jaki zachodzi w różnicy między wynikami badań przedwstępnych, wyż wzmiankowanych, a różnicy doświadczenia I i II, względem doświadczenia III i IV. Podczas gdy bowiem różnica badań przedwstępnych przy oznaczeniach granicy metodą jedną a drugą wahało się między 0·1 a 0·15 mgrm., to różnica ta w doświadczeniach I i II z jednéj, a III i IV z drugiéj strony była bez wątpienia znacznie większą. Jeżeli bowiem weźmiemy na uwagę, że w doświadczeniu V oznaczono w moczu jodku potasowego 0·00418 grm., że moczu do tego

---

[1]) Ta różnica między wynikiem badań R. Fleischera a badań moich polega, zdaniem mojém, na większéj ilości moczu, używanéj przez Fleischera do poszukiwań chemicznych. Podczas gdy bowiem ja używałem do rozbioru moczu z 6—8 godzin po zażyciu dawki IK, Fleischer brał mocz z 36 godzin po podaniu IK, a więc ilość 3 do 5 razy większą. Odpowiada to też zupełnie i wynikowi z mego II doświadczenia, w którém miałem do badania większą ilość moczu.

doświadczenia zebrano z 4 dni w ilości 3050 cent. sz., to ilość średnia moczu, jaka na jeden dzień przypadałaby, wynosiłaby prawie 760 cent. sz., w której średnio znajdować się powinno trochę więcej niż jeden mgrm. jodku potasowego. Taka zaś ilość jodku potasowego w wykryciu nie powinna przedstawiać trudności, nawet w obec barwików, które wyskok zabiera z pozostałości moczu odparowanego, jeżeli znów ją porównamy z granicą przez nas, na podstawie doświadczenia przyjętą, t. j. 0·50—0·35 mgrm. wewnętrznie użytych. Również więc z tych powodów wykazaliśmy z łatwością jod w doświadczeniu III, w moczu zebranym po jednej kąpieli, skorośmy części organiczne zniszczyli, podczas gdy nam się to nie udało w doświadczeniu I, w którém mieliśmy do rozbioru nawet mniejszą ilość moczu, ale części organicznych nie niszczyliśmy.

Jeszcze raz powtarzam, że powyższe moje zapatrywanie uważam tylko za prawdopodobną hypotezę, zaś nie za nieomylne twierdzenie, bo na to jeszcze nie dałem dostatecznie silnych dowodów naukowych. Celem moim było tutaj tylko zwrócić uwagę na wielką możliwość takiego stanu rzeczy, zastrzegając sobie zarazem przytém na przyszłość prawo poparcia téj hypotezy w innej pracy i innemi doświadczeniami, na tok których doprowadziło mnie powyższe moje badanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

K. Noiszewski: **Barwikowica (Retinitis pigmentosa) i choroby pamięci, woli i mowy.**

(Odbitka z „Pamiętnika Warszawskiego.“ Warszawa 1887).

Oryginalna ze wszech miar praca ukrywa się pod powyższym tytułem. Na 33 stronnicach jest tam i traktacik psychologiczny o pamięci, aforyzmy o kojarzeniu ruchów, filozoficzne rojenia o powstawaniu mowy, stworzenie nowéj terminologii okulistycznéj, wreszcie spostrzeżenia i uwagi autora o zwyrodnieniu barwikowém siatkówki („barwikowicy,“ jak je autor nazywa) w stosunku do pewnych zboczeń umysłowych. Nie mogąc streszczać poglądów autora na tak rozmaitych polach, przejdziemy wprost do téj ostatniéj części, t. j. do właściwego przedmiotu pracy.

Dawno już zauważono, że zwyrodnienie barwikowe siatkówki towarzyszy dość często idyjotyzmowi i głuchoniemocie. Obfity materyjał autora dozwolił mu bliżéj określić okoliczności towarzyszące téj chorobie, a nawet odróżnić kilka form tejże, przyczém za podstawę podziału służył autorowi poprostu rysunek wywołany ugrupowaniem barwika, o ile jednak z nagromadzonéj kazuistyki wnosić można, odróżnienie tych form nie przedstawia najmniejszéj korzyści, nie uwydatnia się ono bowiem ani w etyjologii, ani w przebiegu, ani w rokowaniu. Słusznie natomiast wyosabnia autor jako odrębny rodzaj formę „ukrytą,“ gdzie, jak to już dawniéj Mauthner i inni zauważyli, objawy podmiotowe, t. j. kurza ślepota i charakterystyczne zwężenie pola widzenia, dość wcześnie wyprzedzają zmiany barwikowe, występujące dopiero w późniejszym okresie choroby. Najciekawszém z spostrzeżeń autora jest fakt, że we wszystkich 61 przypadkach zwyrodnienia barwikowego stwierdzał bądź ubytki w pamięci, bądź zaburzenia w sferze ruchów lub mowy. Stosunek objawów tych ma być tak stały, że autor, słysząc skargi chorego na niedowidzenie nocne, już z upośledzenia pamięci lub mowy rozpoznawał zwyrodnienie barwikowe.

Tak niepoślednia ilość przypadków, któremi autor rozporządzał, wystarczyłaby niezawodnie do wykazania, że nie rozchodziło się tu o przypadkowe zejście się tych 2 grup objawów, ale o jakąś ściślejszą zależność, gdyby niestety nie pewna wątpliwość, czy wszystkie owe 61 przypadków były niewątpliwemi okazami zwyrodnienia barwikowego. Wątpliwość ta musiała nasunąć się każdemu, kto spojrzy w przytoczonych przez autora przypadkach na odnośne numery protokółu: znajdziemy tam rozpoznane to zwyrodnienie między innemi pod Nrami 839, 843, 851, 852, 853, 854, 855 [1]).

Kto wie, że *retinitis pigmentosa* nie należy do form chorobowych codziennie nasuwających się przed oczy choćby najwięcéj zatrudnionemu okuliście, ten mocno się zadziwi tym ciekawém zjawiskiem statystyczném. Nie chcąc bynajmniéj podawać w wątpliwość dobréj wiary autora, dla wytłumaczenia téj statystycznéj zagadki przypuścić musimy, że autor w poczet wymienionych przypadków zwyrodnienia barwikowego zaliczać musiał i przypadki prostych złogów barwikowych po zapaleniu naczyniówki, do czego mógłby uprawniać wszelki brak opisu zmian wziernikowych w poszczególnych przypadkach.

Idźmy jednak daléj. Jak sobie wytłumaczyć tę zależność zmian siatkówkowych od zaburzeń mózgowych? I na to pytanie ma autor gotową teoryję. Przypuszczając nieprzerwalną ciągłość połączeń nerwowych od pręcików i czopków siatkówki aż po komórki korowe mózgu, należy przyznać, że zniszczenie jednéj takiéj komórki lub odnośnego włókna nerwowego pociągnęłoby za sobą w następstwie zanik całego toru aż do czopków i pręcików. Wyobraża więc sobie autor, że skutkiem tego w odpowiedniém miejscu siatkówki „pozostałaby próżna cewka pionowa, któréj dno stanowi komórka przybłonka barwikowego, a światło jest zwrócone do oka wziernikującego.“ „Wziernikujący będzie więc widział w tém miejscu czarną plamę pochodzącą od przybłonka barwikowego.“ Dla czego zaś w stanie normalnym nie widzimy barwika, tłumaczy autor przypuszczeniem, że warstwa pręcików i czopków nie jest zupełnie przeźroczystą.

Nie ulega wątpliwości, że teoryja ta byłaby jedną z najprostszych, gdyby tylko więcéj liczyła się z zasadami anatomii patologicznéj. Dla autora zanik to dosłowne zniknięcie elementu histologicznego, tak, że na jego miejscu pozostaje tylko próżny odlew jego kształtu. Żaden patolog nie zgodzi się na tak pierwotne pojęcie zaniku. Gdziekolwiekbądź, w wątrobie, w mięśniu, czy w nerwie zanik odbywa się w ten sposób, że gdzie pewne elementy tkaninowe uległy bądź zmniejszeniu rozmiarów, bądź zupełnemu wyrugowaniu, tam, ponieważ nie dzieje się to nagle, w ślad za owym ubytkiem posuwają się elementy bądź sąsiednie równogatunkowe, bądź łączno-tkankowe, tak, że do wytworzenia „próżni“ nigdy nie przychodzi.

Na zakończenie słów parę w sprawie strony formalnéj, t. j. językowéj. Autor używa wyłącznie tylko własnego słownictwa naukowego, które nie przedstawiając żadnych korzyści, posiada wszystkie wady sztucznie ukutych wyrazów, a co ważniejsza utrudnia zrozumienie myśli sprowadzając zamęt w pojęciach, na które w ogólnie przyjętém słownictwie mamy przecież utarte już i powszechnie znane nazwy. Na

[1]) Chorzy pod powyższemi liczbami nie należeli do jednéj rodziny.

dobitek nie posiada ono nawet zalety jednolitości i tak wyraz „niedożren“ oznacza wzrok niedomiarowy, podczas gdy „ożren“ ma znaczyć pole widzenia i t. p. W jakim celu łamał sobie autor głowę nad tém słownictwem, trudno wiedzieć, może skłoniły go do tego wawrzyny Trentowskiego, którego autor widocznie musiał mieć przed oczyma, pisząc następującą łamigłówkę językową: „Na pobud ustrój odpowiada jedną z tek (zapór głosu), która w ten sposób jakby zamienia sobą ów przedmiot, cośmy go dotknąć chcieli. Zapora zatém, czyli tka, jest wyrazem przez ustrój owego zewnętrznego pobudu, inaczéj powiedziałbym nazwą jego. Ogłoska zaś jest wyrazem podmiotowéj woli „ja.“ Ogłoska więc jest podmiotem, tka przedmiotem, a zwykła głoska jest połączeniem członu dosiebnego z odsiebnym — podmiotu z przedmiotem.“

Daruje autor, ale od czasu pogrzebania metafizyki nikt już dziś w ten sposób nie pisze. Dziś zmuszeni czytać dużo, żądamy od autora, aby myślał i pisał jasno, poprostu i przystępnie. *Dr. Sroczyński.*

Chirurgija.

Dr. A. Finckh: O wynikach ostatecznych trzebienia w obec gruźlicy jąder.

Korzystając z bogatego materyjału kliniki chirurgicznéj w Tübindze starał się autor, zachęcony przez prof. Brunsa, zbadać ostateczne wyniki kastracyi w gruźlicy jąder. Udało mu się zebrać wiadomości o 29 chorych kastrowanych bądźto jedno- bądźto obustronnie z powodu gruźlicy jąder. Kwestyja wyników ostatecznych kastracyi jest o tyle ważniejszą, o ile nawet poważni autorowie, jak Maas i Kocher, uważali obustronną gruźlicę jąder jako przeciwskazanie do operacyi. Tymczasem autor stwierdził, że jeden chory żył jeszcze 10, inny 30 lat po kastracyi dla gruźlicy bez powrotu choroby.

Jako punkt wyjścia choroby uważać należy w większéj liczbie przypadków przyjądrze. W przypadkach gruźlicy przyjądrza niektórzy autorowie jak Malgaigne i Langenbeck są zwolennikami częściowego wycięcia narządu, t. j. przyjądrza przytaczając na obronę swojego postępowania to, że wywiera ono lepszy wpływ psychiczny na chorych, którzy iluzorycznie pozostają nadal w poczuciu męskiéj siły. Natomiast Simmonds przytacza przypadek dotyczący 61-letniego hysteryka, który po kastracyi obustronnéj dla gruźlicy uwolnionym miał być od hysteryi. Zresztą ku zbiciu korzyści funkcyjonalnéj z częściowéj resekcyi przytacza autor okoliczność, że przy zniszczeniu przyjądrza jedyny przewód jądra bywa zamkniętym, a tém samém funkcyja jądra bywa zniszczoną; nadto w obec trudności zbadania, o ile sąsiednie części ucierpiały naraża się przy tém postępowaniu chorego na niebezpieczeństwo powrotu choroby.

Jądro samo rzadko bywa punktem wyjścia choroby; resekcyja częściowa narządu wtedy z pewnością nie wystarczałaby dla obawy powrotu choroby.

Oprócz przyjądrza pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy bywają czasem punktem wyjścia sprawy chorobowéj (Simmonds). Z przyjądrza postępuje gruźlica albo na jądro i błonę pochwową z jednéj (Simmonds), albo na sznurek nasienny, pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy z drugiéj strony. Na 29 przypadków zebranych przez autora sznurek nasienny był zajętym 15 razy sprawą chorobową. Przez gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne może choroba przenieść się na przyjądrze i jądro z drugiéj strony. Kocher i Maas przypuszczają sposób powstania gruźlicy obu jąder tylko przez rozszerzenie się sprawy chorobowéj na drodze sznurka nasiennego; dla tego polecają kastracyję tylko przy jednostronnéj pierwotnéj niepowikłanéj gruźlicy jądra i przyjądrza, uważając każdą obustronną gruźlicę jąder jako sprawę powikłaną gruźlicą części miednicowych przewodu rodnego. Simmonds jednak udowodnił możliwość pierwotnego powstania gruźlicy obu jąder (na podstawie materyjału sekcyjnego), na 5 przypadków obustronnéj gruźlicy przyjądrza tylko 2 razy gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne były zajęte. Możliwość pierwotnéj gruźlicy obu jąder stwierdza także przebieg niektórych przypadków podwójnéj kastracyi, zebranych przez autora. Z ośmiu tych przypadków (pokrótce przytoczonych) sznurek nasienny był przeważnie jedno- lub obustronnie zajętym, (w jednym aż do jamy miednicy), jeden chory jest od 10 lat wolnym od sprawy gruźliczéj, inny żył 23 lat po operacyi, trzeci żył 30 lat po kastracyi i umarł na czerwonkę. Kastracyja obustronna jąder dotkniętych gruźlicą zabezpiecza więc od rozszerzenia się sprawy gruźliczéj na resztę organizmu. Jeżeli części miednicowe przewodu rodnego są dotknięte równocześnie tą sprawą, rokowanie jest naturalnie znacznie gorszém. Co do możności przeniesienia się sprawy gruźliczéj z przewodu rodnego na przewód moczowy, to zdania niektórych autorów są podzielone. Steinthal zaprzecza téj możliwości, natomiast Simmonds udowadnia na podstawie materyjału sekcyjnego i przypadku dokładnie obserwowanego możliwość przeniesienia się sprawy gruźliczéj z przewodu rodnego na przewód moczowy. Dla tego przypuścić należy, że gruźlica daleko częściéj przenosi się z przewodu rodnego na moczowy, aniżeli odwrotnie.

Autor zbija twierdzenia niektórych autorów: jakoby zajęcie sprawą gruźliczą części miednicowych przewodu rodnego miało być przyczyną uogólnienia się gruźlicy; chorzy, u których pozostawić musiano chorą część sznurka nasiennego, żyją dotychczas, ci zaś, którzy zmarli, nie pomarli z gruźlicy. Tu autor udowadnia swoje twierdzenia siedmioma przykładami. Rokowanie jest naturalnie złém, jeżeli już istnieją przerzuty w innych częściach organizmu. Liczba kastrowanych, o których losie autor się dowiedział, wynosi 29; między tymi 12 było kastrowanych po stronie prawéj, 8 po lewéj, 9 obustronnie. Co do wieku chorych, u których kastracyję wykonano, to najmłodszy chory miał 8 lat, najstarszy był w 7 dziesiątku życia; 9 chorych było między 20 a 30 rokiem życia. Na wiosnę 1886 żyło z tych chorych 14; wszyscy byli wolni od sprawy gruźliczéj; pomiędzy tymi znajdowało się 9 kastrowanych jednostronnie, a 5 obustronnie. Z liczby zmarłych 8 pomarło z innéj choroby, 6 z gruźlicy. Najdłuższy przeciąg życia zmarłych z gruźlicy wynosił 4 lata; 13 więc operowanych po upływie 5 lat, a nawet więcéj (do 30 lat) było wolnych od przerzutów choroby.

Wyniki więc kastracyi z powodu gruźlicy jąder nie są tak niekorzystnemi, jak niektórzy autorowie mniemają; przez wczesne wykonanie kastracyi można zapobiedz uogólnieniu sprawy chorobowéj. Następują historyje chorób 29 przypadków, które ciekawy czytelnik zechce przeczytać w oryginale. (*Mittheilungen a. Bruns chirurg. Klinik z. Tübingen II Band* 407—426). *Dr. Barącz.*

Medycyna wewnętrzna.

A. Thost (Hamburg): O związku pomiędzy chorobami nosa a płuc.

Dwie są przedewszystkiém drogi, któremi pasorzyty

do organizmu dostać się mogą, przewód pokarmowy i oddechowy, a że pierwszą furtką do dróg oddechowych jest nos i jego przewody, przeto T. zajął się śledzeniem mikrobów w téj części ciała ludzkiego. Jeszcze w roku 1886 (*Deutsche med. Wochenschr.* 10, 1886) udało się mu w wydzielinie nosa u chorego dotkniętego cuchnieniem wykazać prątek identyczny z pneumokokiem z otoczką Friedländera (*pneumonischer Capselcoccus).*

Od tego czasu badał wydzielinę nosa w innych jego stanach chorobowych i pokazało się, że ten sam kokkus można wykazać w zwykłym katarze nosa i w przewlekłym. Rozwój jego zależy wiele od zbitości wydzieliny nosa, w strupach ozeny i nitkach śluzoworopnych znalazł on niekiedy zupełnie czyste hodowle, kolonije, a raz nawet wykazał go w własnéj wydzielinie z nosa podczas ostrego nieżytu.

Co do morfologii tych koków zgadza się zupełnie z Weichselbaumem, który (jak już czytelnikom z dawniejszego referatu z jego prac wiadomo) znalazł aż cztery mikroorganizmy różne w zapaleniu płuc, że nie sąto właciwe koki, lecz raczéj pneumoniczne prątki z otoczką (*Pneumoniekapselbacillus),* gdyż w czystych hodowlach długość ich przeważa nad szerokością. Na gelatynie i agar-agarze prątek ten nie zawsze daje charakterystyczną postać gwoździa, co już zauważyli Paltauf i A. Fraenkel, gdyż często nie ma należycie rozwiniętéj główki gwoździa, innym razem znowu postać gwoździa niezupełnie występuje. Zwierzęta (myszy), którym wstrzykiwal prątki pneumoniczne z wydzieliny nosa własnego i ozeny otrzymane, ginęły jedne pierwéj, drugie późniéj, niekiedy już po 24 godzinach, a sekcyja wykazywała różne okresy zapalenia płuc.

Staphylococcus aureus i albus Rosenbacha, które Weichselbaum uważa za najważniejsze w etyjologii zapalenia płuc dławcowego, udało się T. otrzymać w wydzielinie z nosa i jak utrzymuje, jeszcze pierwéj, zanim poznał pracę Weichselbauma. Co do pozostałych dwóch mikrobów, które Weichselbaum jako obecne w zapaleniu płuc wykazał, t. j. *diplococcus* Fraenkla i *streptococcus,* to tego drugiego nie mógł otrzymać, bo ten daje się wyhodować tylko w ciepłocie wyższéj, podczas gdy Thost dla otrzymania prątka pneumonicznego zmuszony był robić wszystko w ciepłocie pokoju, *diplococcus* zaś bardzo łatwo można przeoczyć, co i sam Weichselbaum przyznaje, mówiąc: „Nie ulega wątpliwości, że dotychczas *diplococcus* A. Fraenkla brano za zwykłą postać prątka z otoczką *(Kapselbacillus).*“ Prątki owe z otoczką znalazł Weichselbaum nie tylko w płucach zmarłych na zapalenie płuc dławcowe i w wysięku opłucnowym, ale nadto w dwóch przypadkach w wysięku opony twardéj, w płynie zapalnym w komórkach mózgowych, gdzie zapalenie opon przyłączyło się do zapalenia płuc. I na téj to podstawie wypowiedział W. zdanie, że nie można na pewne wykluczyć, czy zakażenie nosa nie następuje od płuc. Otóż temu sprzeciwia się stanowczo Thost, mówiąc, że prędzéj koki wszystkie z nosa drogą naczyń limfatycznych przez komórki kości sitowéj mogą się dostać do jamy czołowéj i do płuc i przytacza nadto następujące okoliczności za têm zdaniem przemawiające: Znaną jest rzeczą, że zapalenie płuc dławcowe zaczyna się od nieżytu nosa, kataru i przeziębienia; w zimie též i na wiosnę najwięcéj bywa przypadków zapaleń płuc. Podczas nieżytu nosa napotyka się na wydzielinie całe kultury mikroorganizmu Friedlaendera właściwego zapaleniu płuc. Przypadki zapalenia płuc urazowego także zdają się za têm przemawiać, któreby w ten sposób można wytłumaczyć, że pasorzyty połknięte i aspirowane razem ze śluzem dostają się w takich przypadkach do miejsca urazu w płucach i wywołują zapalenie, podczas gdy zdrowe płuco dostateczny im stawia opór. Tak samo możnaby wytłumaczyć zdaniem T. zapalenia płuc z zakrztuszenia *(Schluckpneumonie)* u operowanych i paralityków. Nagminne niekiedy występowanie nieżytu nosa, jego przebieg ostry a niekiedy typowy i krytyczne przełamanie, zmęczenie, a niekiedy i gorączka przypominają obraz zapalenia płuc. Jako patognomoniczny nierzadko *herpes labialis* można w obydwu chorobach czasem napotkać.

Na podstawie badań swoich dochodzi daléj do wniosku, iż odrębne postacie zapalenia płuc muszą mieć i swoje odrębne mikroorganizmy, że może niezupełnie niesłusznie nazwano pneumoniję wędrującą (*Wanderpneumonie*) różą płuc, gdyż przyczyną jéj niewątpliwie jest wykazany w niéj *streptococcus.* Zastanawiając się w dalszym ciągu nad têm, czy z pracy téj wynika dla terapii jaki pożytek, przyznaje, że robić trzeba przeciw nieżytowi wszędzie to, co dotychczas terapija nam podawała; głównie powinniśmy antyseptycznie działać; a wiele wychwalany środek Hager-Branda przeciw katarowi jest przecież niczém innêm jak połączeniem kw. karbolowego z *liquor ammonii caustici.* Z własnéj praktyki i doświadczenia zaleca ½% rozczyn salicylanu z dwuwęglanem sody w równych częściach. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, Nr. 35). *H. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VIII z dnia 6 października 1887 r.

1. Na członka komisyi przemysłowéj na miejsce prof. Mikulicza przedstawiono prof. Rydygiera. (Wniosek ten Tow. lek. zamieniło w uchwałę).

2. W myśl §. 5 regulaminu komisyi przemysłowéj uchwalono zaprosić na stałych referentów: Doc. Grabowskiego do spraw higijenicznych, Dr. Wachtla do spraw farmaceutycznych, Dr. Lutostańskiego do przemysłu farmaceutycznego i balneologicznnego, proff. Bandrowskiego, Olszewskiego i Steingrabera do przedmiotów chemicznych i chemiczno-technologicznych. (Uchwałę tę przyjęło do wiadomości Tow. lek. krak.)

3. Na zgłoszenie się P. Henryka Blumenfelda, właściciela apteki pod złotym słoniem we Lwowie o ocenienie i popieranie win leczniczych i syropów leczniczych własnego wyrobu, uchwalono zawiadomić p. Blumenfelda, że komisya przemysłowa chętnie zajmie się ich ocenieniem, a względnie poleceniem, jeżeli w ogłoszeniach o tych wyrobach opuszczone będą wszelkie świadectwa osób prywatnych, które skuteczność tych wyrobów przeciw rozmaitym chorobom zachwalają.

4. Poruczono prof. Obalińskiemu ocenienie sposobu, w jaki obecnie odbywa się wyrób i przesełka przyborów opatrunkowych w fabryce p. Dobrowolskiego w Krakowie.

5. Zbadanie olejku z sosny karłowatej polskiej oraz wyciągu igliowego wyrobu p. Hugona Nitribita, aptekarza w Krynicy, poruczono Dr. Wachtlowi.

6. Przyjęto do wiadomości *a)* ogłoszenie p. Stanisława Wolańskiego mag. farm. we Lwowie o założeniu fabryki wyrobu kefiru. *b)* odezwę gremium aptekarzy Galicyi wschodniéj w sprawie uprawy i sprzedaży ziół lekarskich krajowych. *c)* odezwę prezesa Tow. lek. krak. i przewodniczącego komisyi przemysłowej do p. G. Barucha w sprawie ogłaszania poświadczenia Tow. lek. o dobroci chleba Grahama. *d)* zawiadomienie przewodniczącego, że w myśl polecenia Tow. lek. krak. doniesiono o utworzeniu fabryki przyborów opatrunkowych P. Dobrowolskiego W. Wydz. Krajowemu, komisyi krajowej dla spraw przemysłu do-

mowego i rękodzielniczego i wszystkim sekcyjom Tow. lek. galic. *e)* odezwę W. Wydz. krajowego, że przetwory opatrunkowe P. Dobrowolskiego zostały zalecone zarządom wszystkim szpitalów krajowych. *f)* odezwę komisyi krajowej dla spraw przemysłu domowego i rękodzielniczego z dnia 20 Sierpnia b. r., w której takowa zawiadamia, że chętnie wspierać będzie pożyteczne to przedsiębiorstwo, o ile to jest możebne w granicach kompetencyi, tudzież rozporządzalnych środków komisyi krajowej.

7. Na wniosek referenta Dr. Wachtla uchwalono polecić Tow. lek. krak. przetwory wyrabiane przez pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie, a mianowicie: *Emplastrum adhaesivum extensum*, *Empl. plumbi composit. exten.*, *Emplastrum hydrargyri extens.*, *Empl. canthar. extensum*, *Emplastrum Thapsiae*, papier Wlinsi i kataplazmy Hamiltona, któreto przetwory jaknajzupełniej dobrocią swą i starannością wyrobu równają się przetworom zagranicznym, a są od takowych znacznie tańsze. (Tow. lek. krak. na posiedzeniu w d. 19 Października b. r. uznało na wniosek prof. Obalińskiego wyroby te jako zupełnie odpowiednie i polecenia godne).

8. Przewodniczący zdając sprawę z 26tej grupy Wystawy krajowej wymienia jako najważniejsze szczegóły: *a)* że niektórzy wystawcy niedotrzymali obietnicy nadesłania swych okazów na Wystawę, inni zaś zgłosili się dopiero po wydaniu katalogu Wystawy, skutkiem czego katalog grupy 26tej nieodpowiada wcale rzeczywistemu stanowi nadesłanych okazów; *b)* że z pośród 81 wystawców gr. 26 przeważna część została odznaczona nagrodami, a mianowicie: otrzymało 2 wystawców dyplomy honorowe, 6ciu dyplomy uznania Tow. lek. krak., 12stu medale srebrne rządowe, 16stu medale bronzowe rządowe, 13stu medale bronzowe wystawowe, a 11stu listy pochwalne komisyi wystaw. Nadto przyznano dyplomy uznania Tow. lek. krakowskiego Dr. Buszkowi i dyrektorowi budownictwa miejskiego p. Niedziałkowskiemu za przedstawienie urządzeń zdrowotnych miasta Krakowa, Dr. A. Baranieckiemu za okazy wód mineralnych i przetworów zdrojowych krajowych, prof. Obalińskiemu za śrdki opatrunkowe i zastosowanie ich w szpitalu św. Łazarza z korzyścią dla funduszu szpitalnego i p. Wł. Zontagowi za wzorowy dom higijeniczny w Rymanowie, wreszcie list pochwalny komitetu Wystawy p. Lesieckiemu za kartogramy szpitala św. Łazarza. Jury składała się z członków przedstawionych przez komis. przem. Tow. lek. krak. Przewodniczącym był prof. Obaliński, zastępcą przewodniczącego prof. Olszewski, a sekretarzem Doc. Jaworski. *c)* Że dla braku miejsca w pawilonie głównym musiano w ostatnich dniach przystąpić na własną odpowiedzialność do budowy osobnego pawilonu balneologicznego na koszt zdrojowik krajowych, którą to sprawą zajęli się przewodniczący komisyi balneologicznej i Dr. Jordan, a w przeważnéj części Dr. Lutostański, *d)* że ustawieniem i umiejętnem unumerowaniem okazów tak w pawilonie głównym, jakoteż w pawilonie balneologicznym zajął się z uznania godną chętnością i dokładnością Dr. Lutostański, *e)* że oprócz opisów grupy 21, jakie zamieszczały dzienniki polityczne, dokładniejsze opisy i ocena przedmiotów tej grupy zawarte są w Nr 18 Czasopisma Tow. aptekarskiego i w Nr. 19 Wiadomości farmaceutycznych, *f)* że naukowego opisu i ocenienia okazów w grupie leczniczéj podjął się Dr. Lutostański wyręczając pod tym względem przewodniczącego kom. przemysłowéj, któremu Tow. lek. krakowskie tę czynność poruczyło.

Za sekretarza Doc. Dr. Jaworski.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

Prof. Drasche (Wiedeń): **O ile szmaty pośredniczą w przenoszeniu istot zakaźnych i jak można je nieszkodliwemi uczynić?**

Pytanie to poruszył już raz prof. D. na międzynarodowym Zjeździe lekarskim we Wiedniu w r. 1874 odbytym; obecnie podniósł ją znowu na Zjeździe higijeniczno-demograficznym; zarówno wtedy jak i obecnie opiera się D. na doświadczeniu i spostrzeżeniach zrobionych podczas epidemii cholery z r. 1866 i 1873. Gdyby nie ogromny obrót kapitałów, jaki przedstawia handel szmatami i wyrób papieru niezbędnie przecież potrzebnego, najchętniéj oświadczyłby się D. za wykluczeniem tego artykułu z handlu i za zarządzeniem niszczenia ich, już tam, gdzie zwykle najmniejsza ich jest ilość nagromadzona, tj. przy łóżku chorego i po chorobie jego. Mimo jednak, że obecnie starają się zastąpić szmaty przy wyrobie papieru innemi materyjałami (drzewo, włókna roślinne), przecież bez szmat obejść się fabrykanci nie mogą. Ale nawet i w tém złém leży jeszcze, jak mówi D., coś pożytecznego, bo gdyby szmat we fabrykach odpowiednich nie przerabiano i nie zmieniano na inne przetwory fabryczne, stałyby się dla ludzkości nieszczęsną plagą. Najwięcéj złego wyrządzałyby i wyrządzają szmaty z bielizny lub pościeli chorych pochodzące, a że one najwięcéj są zaraźliwe, dowodzi to, że praczki bielizny cholerycznych częściéj dostają cholery, niż posługacze i posługaczki. D. przemawia więc za tém, aby w wielkich składach szmat, w których się je według gatunków i jakości rozdziela, najgorsze szmaty, które właśnie najwięcéj są nieczyste, zakaźne, palić, a resztki nieczystéj bielizny lub pościeli, które także jako szmaty osobny w handlu dział stanowią, poddawać ścisłéj desinfekcyi, nim się je przewozi z magazynów do głównéj fabryki papieru. Desinfekcyja powinna się odbywać albo na miejscu w magazynie, albo w zakładzie desinfekcyjnym, jak najbliżéj położonym; do zakładu desinfekcyjnego powinno się szmaty przewozić w dobrze zamkniętych skrzyniach, tak samo nie powinno się wywozić szmat z miejsc przybytku ich we worach, jak to dotychczas się dzieje, lecz w pakach zamkniętych. Składy szmat przeznaczonych do fabryki papieru nie powinny nigdzie znajdować się w śródmieściu, lecz po za miastem, a robotnicy podczas układania i rozbierania ich na gatunki lepsze i gorsze, powinni mieć inne ubranie, które wychodząc ze składu zdejmują, a po umyciu się i jakiéj takiéj przynajmniéj desinfekcyi, ubierają się w swoją odzież zwykłą i dopiero tak mogą do domów swoich pójść. Rządy powinny się starać, aby z okolic, w których jaka zakaźna choroba nagminnie panuje, nie wolno było w czasie trwania epidemii szmat wywozić, a po skończeniu się jéj jedynie należycie odwietrzone. Robotników zajętych przy wyżéj wymienionych składach i fabrykach powinno się od czasu do czasu szczepić na nowo, podobnie ich rodziny. Składy takie powinny być często przewietrzane.

Rozporządzenia podobne lub takie, jak. D. radzi, powinny wszystkie państwa wydać, którym zależy na zdrowiu obywateli. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 36, 37, 38).

H. K.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 listopada. W Uniwersytecie Jagiell. zapisało się w półroczu bieżącém uczniów *1234*. Z liczby téj przypada na wydział teologiczny 91, na prawniczy 520, na lekarski *486*, na filozoficzny 91, farmaceutów 46. W porównaniu z półroczém zimowém 1886/7 jest więcéj zapisanych o 63.

* Na konkurs imienia Helbicha w Warszawie przysłano 3 rozprawy. Pierwszą nagrodę w kwocie 150 rubli przyznano Drowi Józefowi Bielińskiemu z Wilna za pracę p. t. „Stan nauk lekarskich za czasów Akademii medyko-chirurgicznéj wileńskiéj; drugą w kwocie 100 rubli przyznano prof. Rostafińskiemu z Krakowa za pracę p. t. „O naszéj literaturze zielniczo-lekarskiéj 16go wieku“; trzecią w kwocie 50 rubli pp. Świeżawskiemu i Wendzie za rozprawę p. t. „Wojciech Oczko, syfilidolog polski 16 wieku“. (*Medycyna*).

* Gazety wiedeńskie, tak lekarskie jako i polityczne, wspominają o legacie pewnego lekarza portugalskiego, przeznaczonym dla wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego. Legat ten wynosi 3 ½ milijona Reis portugalskich, — prawda, że ogromna ta suma czyni zaledwie 9,600 złotych austr. Podobna suma dostała się także Tow. lekarskiemu berlińskiemu. Obdarowani nie umieją atoli podać poprawnie nazwiska ofiarodawcy i niedomyślają się widocznie, kim on był. Nazywają go Alvareda da Costa, podczas gdy był to sławny lekarz Piotr Franciszek da Costa Alvarenga, który znany jest w całym świecie z zasług swych koło termometryi klinicznéj i patologii febry żółtéj. Dzieło jego o termometryi tłumaczone jest na język polski przez Dra Grosssterna.

* **Wiedeń**. Asystent prof. Strickera Dr. Ikałowicz mianowany został lekarzem przybocznym księcia Bulgaryi Ferdynanda I. Dr. I. był uczniem gimnazyjum kolomyjskiego. — Na pierwszém posiedzeniu Wydziału lek. prof. Stricker proponował asystenta swego docenta Dra Gärtnera na profesora nadzw.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berlin**. W ubiegłym roku szkolnym habilitowali się w Wydziale lek. Drowie Oppenheim, Hoeltzke, Müller, Winter, Leo, Thomsen, prof. Ehrlich i Martius. Uzyskało dyplom doktorski kandydatów 142. — **Wrocław**. Nowo obrany rektor prof. Fritsch objął urzędowanie. — **Lipsk**. Dr. Karg, asystent kliniki chirurg. habilitował się w Wydziale lek. — **Berlin**. Minister Gossler zaprowadził we wszystkich uniwersytetach pruskich nowy podatek akademicki, właściwie podatek podwójny: zakładowy i od praktykantów. Pierwszy podatek w kwocie 5 marek pólrocznie, płacić będą wszyscy uczniowie medycyny, farmacyi, dentystyki i nauk przyrodniczych; drugi zaś w kwocie od 3—25 marek uczniowie uczęszczający na jakiekolwiek ćwiczenia, — rozumie się oprócz zwykłego czesnego. — **Wiedeń**. Radca dworu prof. Langer prosił o urlop 6-miesięczny i w półroczu zimowém wykładać nie będzie.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Stokłosiński rodem ze Lwowa i Jakób Bujniewicz rodem z Ladzina w Galicyi.

Mianowani zostali w armii czynnéj starszym lekarzem sztabowym 1éj klasy przełożony szpitala garnizonowego w Krakowie Dr Karol Petnik; lekarzami sztabowymi lekarze pułkowi 1éj kl. Dr. Jan Zielina naczelny lekarz garnizonu w Kronsztadzie i Emil Janchen przy szpitalu garniz. Nr. 1 w Wiedniu; lekarzami pułkowymi 1éj kl. Drowie Henryk Tolczes, Wojciech Tylka i Albin Padalewski; lekarzami pułkowymi 2éj kl. Dr. Zygmunt Dynes, Józef Ortyński, Teodor Bohosiewicz, Seweryn Eisenberg i Jerzy Koczyński.

* **Nekrologija**. W Wiedniu umarł d. 28 października po przebyciu ciężkiéj operacyi Dr. Bernard Kraus, właściciel i redaktor tygodnika *Allg. W. med. Ztg.* w 58 roku życia.

Sprostowanie. W Nr. 44 na str. 593 szp. 2 w. 36 od dołu zam. zdrowego chorego operowanego na wole, winno być: chorego operowanego na wole zresztą zdrowego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 listopada o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Rydygier przedstawi okazy różnych grzybków chorobotwórczych pod mikroskopem i w hodowlach, a kol. doc. Gluziński będzie miał wykład o zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądkowych i o ich znaczeniu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 12 Listopada 1887. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethuera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

Szanowni Panowie!

Dział chirurgii jamy brzusznéj, o którym dziś mówić zamierzam, nie należy właściwie do nowszych. Thudichum opowiada, że już w dziele Fabriciusa Hildena znajdujemy wzmiankę, że Johannes Fabricius w 1612 r. wydobył za życia u 70-letniego starca dwa duże kamienie żółciowe, a Ettmüller [1]) nadmienia, że kandydat medycyny niewiadomego nazwiska w uniwersytecie w Leydzie około 1680 r. wyciął u psa pęcherzyk żółciowy, a zwierzę w 3 miesiące po dokonanéj operacyi było zupełnie zdrowém. Spostrzeżenie jednak podane przez Hildena, po sprawdzeniu w oryginale dzieła, którego egzemplarz biblijoteka naszego Towarzystwa posiada, okazuje się bardzo luźnie skreśloném [2]) i rozmaicie tłumaczyć się daje, a wzmianka u Ettmüllera dotyczy faktu bardzo na owe czasy ciekawego, ale który na razie nie miał żadnéj doniosłości w zastosowaniu praktyczném. Nie można tego powiedzieć o ogłoszonych blisko 1½ wieku temu genialnych spostrzeżeniach i uwagach Petita, które nie tylko wówczas już dostatecznie uzasadniały potrzebę chirurgicznéj interwencyi w cierpieniach dróg żółciowych, ale nadto co ważniejsza, w ogólnych zarysach podały zasady, na jakich się racyjonalnie w tym względzie postępowanie chirurgiczne opierać winno. Tak Petit jednak, jak i liczni spadkobiercy myśli i następcy prac jego w tym względzie, krępowani byli zawsze przy wskazaniach operacyjnych nierozdzielną dla nich z otworzeniem jamy brzusznéj obawą, która dopiero wraz z wprowadzeniem antyseptyki do chirurgii ustąpiła. Od tego też czasu rozpoczął się w téj mierze racyjonalny postęp, a cały szereg badaczów coraz to nowe udoskonalenia i pomysły na téj gałęzi wiedzy lekarskiéj zakarbował. Do przedmiotu tego pozwolę sobie jeszcze powrócić, aby szczegółowiéj postęp pojęć w tym względzie rozpatrzeć, przedtém jednak muszę zdać krótką sprawę z dwóch spostrzeganych przezemnie przypadków, które mnie do podjęcia dzisiejszego sprawozdania skłoniły.

I. W początku listopada 1886 r. zgłosiła się po poradę do prof. Kosińskiego pani Julija B., 33 lat licząca. Pani B. opowiada, że po raz pierwszy miała regularność w 16 roku życia, że w 21 roku wyszła za mąż i urodziła troje żywych i donoszonych dzieci. Ostatnie dziecko urodziła przed trzema laty. Przebyła nadto 5 poronień. Przed pięciu laty chorowała przez parę miesięcy na żółtaczkę, przyczém cierpiała na silne bóle w prawym boku. Zresztą była zawsze zdrowa. Rok temu dopiero zauważyła w prawym boku niedaleko od pępka guz wielkości pięści, ruchomy i niebolesny, który od tego czasu zaczął się powiększać. Guz ten po dziś dzień zresztą, oprócz uczucia nieznacznego ciążenia, nie sprawia choréj żadnéj dolegliwości; niepokoi ją tylko stopniowy wzrost jego, a przeto chciałaby się go koniecznie pozbyć. Z badania choréj otrzymujemy następujące dane: Osoba średniego wzrostu, prawidłowéj budowy, dobrze odżywiona, jakkolwiek nieco niedokrewna. Serce i płuca zdrowe, trawienie prawidłowe. Przez zwiotczałą ścianę brzuszną ponad pępkiem i nieco z prawéj strony daje się wyczuć wyraźnie guz wielkości dużéj pomarańczy, kulistego kształtu, gładki, sprężysty i chełboczący. Guz ten daje się swobodnie poruszać w dość znacznym promieniu, zarówno na bok jak i ku dołowi. Przy ułożeniu choréj na lewym boku zbacza na lewo, ale po za linię środkową własnym ciężarem się nie

[1]) Ettmüller. *Opera medica theoretico practica* 1708. *Collegium practicum.* — [2]) Guilhelmii Fabricii Hildani. *Observationum et curationum chirurgicarum centuriae.* Cent. IV p. 77. Obs. XLIV, Lugduni 1641.

przesuwa. Nacisk na guz żadnego bólu choréj nie sprawia. Badanie narządów płciowych nie wykrywa żadnych nieprawidłowości. Przy równoczesnem badaniu macicy palcem i poruszaniu guza w rozmaitych kierunkach łączności pomiędzy niemi nie wykrywany. Na zasadzie powyższych objawów prof. Kosiński, wykluczając w danym przypadku guz jajnika lub macicy, dla bliższego określenia niepewnego rozpoznania postanowił wykonać laparotomiję próbną, aby rozpatrzeć dokładnie stan rzeczy i postąpić, jak się tego okaże potrzeba, co téż 18 listopada 1886 r. uskutecznił. Cięcie w powłokach brzusznych 10 cm. długie poprowadzono w linii białéj. Dolny koniec cięcia wypadał tuż ponad pępkiem. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj prof. Kosiński przekonał się, że opisany guz był przerosłym, rozciągniętym i zgrubiałym pęcherzykiem żółciowym. Po przekłóciu go trójgrańcem wypuszczono zeń około 600 grm. ropiastego niecuchnącego płynu. Opróżniony z zawartości pęcherzyk przepłukano roztworem kw. karbolowego, poczém rozszerzywszy otwór w pęcherzyku o tyle, aby weń palec wskazujący można było wprowadzić, przekonano się, że na dnie pęcherzyka, właściwie już w szyjce pęcherzyka i w początku jego przewodu, zaklinowany jest kamień wielkości tureckiego orzecha. Do kamienia tego dostęp był o tyle swobodny, że od wnętrza pęcherzyka żółciowego można go było końcem palca śledzącego bezpośrednio wyczuć, ze wszystkich zaś innych stron był obciągnięty ściśle doń przystającemi ścianami przewodu pęcherzyka żółciowego. Ściany tego przewodu, podobnie jak i ściany samego pęcherzyka, były skórzastego utkania, silnie zgrubiałe (na rozkroju prawie $^1/_2$ cm. grube). Pęcherzyk z sąsiedniemi narządami nienormalnych zapalnych zrostów nie przedstawiał. W obec powyższych okoliczności prof. Kosiński postanowił wydobyć uwięźnięty w przewodzie pęcherzykowym kamień, a sam pęcherzyk żółciowy wyłuszczyć. W tym celu, dla utorowania swobodniejszego dostępu, dodano do opisanego powyżéj podłużnego cięcia w ścianie brzusznéj drugie cięcie poprzeczne 12 cm. długie, łączące się z pierwszém cięciem, na cztery poprzeczne palce powyżéj pępka z prawéj strony w kształcie litery T. Następnie przystąpiono do wydobycia kamienia, któryto akt operacyjny stanowił tu, jak się okazało, najżmudniejszą część całéj operacyi. Możnaby było zapewne uprościć sobie czynność przez podwiązanie przewodu pęcherzykowego już ponad tkwiącym w nim kamieniem, ale po pierwsze przewód był na całym przebiegu z sąsiedniemi narządami zrośnięty, a powtóre nakładając ligaturę zbyt nisko, już obok przejścia przewodu pęcherzyka żółciowego w przewód żółciowy wspólny, można się było słusznie obawiać następnéj mechanicznéj przeszkody do swobodnego odpływu żółci do kanału pokarmowego. Po mozolnych tedy i długotrwałych usiłowaniach, które 3 kwadranse zajęły, udało się nakoniec za pomocą elewatora nieco nadkruszony kamień podważyć i wydostać, przyczém okazała się potrzeba rozcięcia wzdłuż całego pęcherzyka żółciowego dla ułatwienia manipulacyi z samym kamieniem. W dalszym ciągu przy pomocy elewatora i zakrzywionych nożyczek oddzielono od sąsiednich części ściany pęcherzyka żółciowego, co okazało się mniéj trudném, niżby to teoretycznie można było przypuszczać. Broczące miejsca obnażonego miąższu wątroby przy lekkiém dotknięciu żegadłem Paquelina wnet krwawić przestawały. Nakoniec pomiędzy dwiema silnemi ligaturami odcięto przewód pęcherzykowy, zrobiono dokładną tualetę otrzewny, zespojono brzegi rany w ścianie brzusznéj za pomocą podwójnego rzędu szwów i nałożono opatrunek z gazy jodoformowéj i waty hygroskopijnéj. Wkrótce po operacyi wystąpiły u choréj objawy ogólnego zapadu, które jednak przez użycie odpowiednich środków ustąpiły, tak że chora pierwszą noc po operacyi przebyła spokojnie, nazajutrz jednak rano ukazały się nudności, bóle w brzuchu, wymioty, niepokój, cieplota spadła niżéj stanu prawidłowego, tętno stało się coraz mklejszém i w 40 godzin po operacyi chora zmarła. Sekcyja wykazała, że przyczyną śmierci było rozlane ropne zapalenie otrzewny.

II. K. E., wyrobnica, 39 lat licząca, przybyła do kliniki prof. Lambla 15 kwietnia 1887 r. Chora opowiada, że dwa miesiące temu poczuła nagle w prawém podżebrzu silny ból, który po kilkugodzinném trwaniu ustąpił, ale odtąd stale w różnych odstępach czasu, niekiedy z gwałtownemi nasileniami, po dziś dzień wraca. W parę dni późniéj wystąpiła u niéj żółtaczka, po dwóch tygodniach zaś zauważyła w jamie brzusznéj, nieco powyżéj pępka, z prawéj strony niewielki, ruchomy guz, przy każdym ucisku, a nawet lekkiém dotknięciu, silnie bolesny. Przez pierwszy tydzień choroby gorączkowała, straciła zupełnie apetyt, a w dołku podsercowym ma stale uczucie ciśnienia i rozpierania. Pomimo stosowanych środków lekarskich wszystkie te objawy ciągle się wzmagały, a nadto przyłączyło się dokuczliwe swędzenie skóry, co wszystko razem wzięte skłoniło chorą do udania się do szpitala. Oprócz obecnéj niemocy żadnych innych cierpień dotąd nie przebywała. Miesiączkuje prawidłowo od 17 roku życia; przed 10 laty poroniła, 7 zaś lat temu urodziła żywe i zdrowe po dziś dzień dziecko. Przy wstąpieniu choréj do szpitala stan jéj, wedle udzielonéj mi przez kol. Strzeszewskiego karty, był następujący: Kobieta średniego wzrostu, wątłéj budowy, wychudnięta i osłabiona. Skóra i błony śluzowe silnie żółto zabarwione, warstwa tkanki tłuszczowéj podskórnéj nieznaczna. Stan ogólny bezgorączkowy. Przy badaniu brzucha daje się wyczuć powyżéj pępka z prawéj strony guz wielkości pięści, gładki, łatwo poruszalny, przy obmacywaniu którego chora skarży się na silny ból. Guz ten bezpośrednio przylega do dolnéj powierzchni wątroby, któréj granica ku dołowi nieco opuszczona. Cała okolica wątroby przy uciskaniu bolesna. W płucach rozsiane rzężenia wilgotne, przeważnie w prawém płucu, szczególniéj od tyłu wyraźne. Arytmija serca w nieznacznym stopniu. Innych zboczeń w wewnętrznych narządach nie znaleziono. Mocz silnie nasycony, ciemno-brunatnego koloru, zawiera znaczną ilość barwików żółci. Kał biało-gliniastéj barwy. Na zasadzie powyższych danych rozpoznano: zatkanie przewodu żółciowego, prawdopodobnie od obecności kamieni żółciowych zależne z następczą cholemiją. Stosownie do tego rozpoznania przepisano choréj wewnętrznie sól karlsbadzką, a nadto kąpiele letnie, ciepły okład na brzuch, codzienne lawatywy, a na noc proszki Dowera przeciw bezsenności, głównie od silnego swędzenia skóry zależnéj. W razie napadów kolki wątrobowéj polecono robić podskórne zastrzykiwania morfiny. Pomimo jednak energicznego lekowania stan choréj nie tylko się nie poprawiał, ale przeciwnie, wszystkie objawy ciągle się potęgowały. Tak więc arytmija serca stała się wyraźną, coraz częstsze napady gwałtownych bólów czyniły koniecznem codzienne, nieraz parokrotne podskórne stosowanie morfiny, wystąpiło krwioplucie, krwotoki z nosa i dziąseł, a odraza do jadła była taka, że prócz niewielkich ilości płynów chora żadnego zgoła pokarmu znieść nie była w stanie. W tym okresie cierpienia widziałem po raz pierwszy chorą wspólnie z kol. Goldflamem i Strzeszew-

skim, a w obec wybitnych objawów tak wysoko posuniętéj cholemii zaproponowałem cholecystotomiję, mimo nędznego ogólnego stanu choréj, który wydawał mi się raczéj jedną więcéj wskazówką do szybkiéj interwencyi celem umożliwienia przedewszystkiém czasowego odpływu żółci na zewnątrz przez utworzenie fistuły żółciowéj, zanim przez usunięcie mechanicznéj przezkody okaże się następnie możliwém przywrócenie prawidłowego wydzielania żółci do przewodu pokarmowego. Chora zrazu na operacyję przystać nie chciała, ale gdy jeszcze minęło parę tygodni, a cierpienia jéj coraz więcéj wzrastały, sama zaczęła się domagać rękoczynu, dla dokonania którego przeniesiono ją 30/IV b. r. do kliniki chirurgicznéj. Nadmienić muszę, że chora była wówczas w najwyższym stopniu osłabiona i wycieńczona; tkanka tłuszczowa podskórna była nieomal zupełnie zanikła, tak że przez wiotką ścianę brzuszną okiem już określić się daje półkulisty kształt powyżéj opisanego guza. Skóra choréj ciemno-oliwkowéj barwy, ciągle lepkim potem pokryta i odleżyny na kości krzyżowéj dopełniają obrazu ogólnego upadku odżywiania. W dobę po przybyciu choréj do kliniki, przy łaskawéj pomocy prezesa Orłowskiego i kolegów Bukowskiego, Jawdyńskiego, Kijewskiego, Solmana i Szteynera, w obecności naczelnego lekarza szpit. Śgo Ducha Dra Zalewskiego i kilku innych kolegów, przy zachowaniu zwykłych przeciwgnilnych ostrożności przystąpiłem do laparotomii. Cięcie w ścianie brzusznéj 12 cm. długie poprowadziłem wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha. Dolny koniec cięcia wypadał na wysokości pępka. Przed otworzeniem otrzewny podwiązałem wszystkie napotkane drobne naczynia krwionośne wyjątkowo silnie, jak zazwyczaj przy cholemii, broczące. Następnie naciąwszy otrzewnę, otworzyłem szeroko jamę jéj po rowkowanym zgłębniku, przyczém w powstały otwór wpuklił się wkrótce pęcherzyk żółciowy sino-różowawéj barwy, silnie rozciągnięty, ścieńczały i przeświecający. Teraz usiłowałem zbadać palcem przyczynę niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, lecz pęcherzyk żółciowy zatykając szczelnie otwór w otrzewnéj przeszkadzał wprowadzeniu ręki do jamy brzusznéj. Dla łatwiejszego tedy zoryjentowania się nakłółem za pomocą troakaru Potaina wystający pęcherzyk i opróżniłem go częściowo z zawartości. Wypuszczony w ilości 300 gramów płyn był zupełnie bezbarwny, przeźroczysty, lekko opalizujący; zawieszone w nim drobne błaszkowate cząsteczki były z wejrzenia do cholestearyny podobne. (Płyn ten badany był przez kol. Nenckiego, przyczém okazało się, co następuje: Ciężar jego właściwy przy temp. 15,5° C, = 1,003, oddziaływanie obojętne, barwa nieco zielonkowato-żółtawa, lekko opalizuje, osadu na dnie naczynia nie ma. Zawiera: wody 88,70%, części stałych 11,30%, razem 100,00%, popiołu 0,34%. Części stałe zawierają ślady białka i śluzu i dość znaczną ilość cholestearyny. Kwasu bursztynowego i jekoritu nie znaleziono. W popiele znajduje się głównie chlorek sodu). Otwór w pęcherzyku żółciowym powstały w skutek nakłócia troakarem zamknąłem, ująwszy brzegi jego w kleszcze okienkowate Olliera. Wprowadziwszy następnie rękę do otrzewny, przekonałem się, że kształt pęcherzyka żółciowego jest o tyle zmieniony, że rozciągnięty przez płynną zawartość przewód pęcherzyka żółciowego właściwie nie istnieje, a zlany w całość z pęcherzykiem żółciowym wraz z nim przedstawia się on w postaci jakby pęcherza rybiego, t. j. przecięcie jego podłużne byłoby eliptycznem, a przecięcie poprzeczne kolistém. Tak zmieniony pęcherzyk kończy się ślepo przy początku wspólnego żółciowego przewodu. Ten ostatni przedstawia się w postaci nastrzykniętego płynem sprężystego wałka grubości palca wskazującego, długości w przybliżeniu około 10 cm. Nastrzyknięcie tego przewodu na całym jego przebiegu świadczy o tém, że przeszkoda w jego drożności znajduje się w pobliżu miejsca wlania się jego do dwunastnicy. Ani jednak obecności kamienia, ani guzowatości nowotworowéj palcem wyczuć mi się w tém miejscu nie udało. Mieliśmy więc do czynienia z puchliną wodną pęcherzyka żółciowego (*Hydrops vesicae felleae*) i z równoczesném zupełném zatkaniem wspólnego żółciowego przewodu. W obec takiego stanu rzeczy postanowiłem przyszyć pęcherzyk do ściany brzusznéj i otworzyć go, pozostawiając tędy drogę do odpływu żółci na zewnątrz, a zatkanie przewodu żółciowego wsp. czasowo pozostawić zupełnie na boku. Wprawdzie charakter zawartości pęcherzyka świadczył o tém, że koniec przewodu pęcherzykowego jest téż zupełnie zatkany, na razie więc nie dawałem żółci żadnéj drogi do ujścia na zewnątrz, ale byłem w prawie przypuszczać, że po opróżnieniu pęcherzyka przeszkoda zatykająca koniec jego przewodu, pod wpływem naporu żółci od wewnątrz usunięta zostanie, znane są bowiem w literaturze tego rodzaju przypadki pomyślnie zakończone, przyczém niekiedy jak np. w przypadku Hofmokla [1]) żółć dopiero po 20 dniach tędy utorowała sobie drogę. Zeszyłem tedy ranę w powłokach brzusznych z wyjątkiem środkowéj jéj części na długości 3 cm., na któréjto przestrzeni, tak na prawym jak i na lewym brzegu rany, zeszyłem z każdéj strony otrzewnę ścienną ze skórą, a następnie do brzegów tego otworu oblamowanego otrzewną przyszyłem pęcherzyk żółciowy podwójnym rzędem szwów, t. j. naprzód w czterech miejscach przeprowadziłem cztery szwy węzełkowe Lemberta, a następnie obszyłem przylegające do siebie listki otrzewny ściennéj i pęcherzykowéj ciągłym szwem kuśnierskim. Do szycia używałem cienkiego jedwabiu. Tak przytwierdzony do ściany brzusznéj pęcherzyk, otworzyłem na tyle szeroko, aby można wnętrze jego zbadać za pomocą wprowadzonego doń wskazującego palca. Przekonałem się przytém, że wyścielająca pęcherzyk żółciowy błona śluzowa inkrustowana jest miejscami ziarnkami drobnego piasku, na dnie zaś pęcherzyka wyczułem maziste strzępki składające się, jak to się okazało po wydobyciu ich na zewnątrz, ze zgęstniałéj lepkiéj wydzieliny i złogów drobnego piasku. Piasek ten zbadany został przez kol. Nenckiego, przyczém okazało się, że się składa wyłącznie z kryształków cholestearyny. W obec tego, że tak przy obmacywaniu z zewnątrz przewodu żółciowego wsp., jak i przy badaniu wnętrza pęcherzyka żółciowego, nigdzie nie udało się było wyśledzić obecności kamieni, samo przez się nastręczało się przypuszczenie, że tak ujście przewodu pęcherzykowego, jak i ujście wspólnego przewodu żółciowego, musiały być w danym razie zatkane tworami podobnéj natury. Otwarty pęcherzyk żółciowy wypełniłem długiemi paskami 30% gazy jodoformowéj i nałożyłem opaskę złożoną z materacyków wypełnionych heblowinami drzewnemi i szerokiego kalikowego bandażu. Tegoż dnia przed wieczorem ukazały się na opatrunku ślady żółci, a w ciągu niespełna doby cała opaska była nią przesiąknięta, tak że nazajutrz po operacyi potrzeba było opatrunek zmienić. Pozostawiłem tylko paski z gazy jodoformowéj wypełniające sam pęcherzyk, które ściśle

[1]) *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege nach neueren Mittheilungen zusammengestellt von Dr. Deahna in Stuttgart. Schmidts Jahrbücher Band CCVII* p. 177, II.

do jego wnętrza przylgnęły i które usunąłem dopiero 9go dnia, kiedy same od ścian pęcherzyka odstały, obawiałem się bowiem krwotoku łatwo przy pociąganiu ich nastąpić mogącego, gdyż, jak wiadomo, błona śluzowa pęcherzyka żółciowego w cholemii bardzo jest do obfitych broczéń (krwotoków *„en nappe“*) skłonne, a nawet znane są przypadki, w których krwotoki takie były przyczyną śmierci. Resztę opatrunku zmieniałem codziennie starając się zmierzyć o ile można dokładnie ilość wydzielanéj dziennie przez przetokę żółci. W tym celu ważyłem codziennie wszystkie materyjały opatrunkowe, które dnia tego użyte być miały, a nazajutrz brałem wagę opatrunku przesiąkniętego żółcią. Przekonałem się przytém, że dzienna ilość wydzielanéj przez przetokę żółci wahała się między 14½ i 5u uncyjami na dobę. Ilość wydzielanéj żółci mierzono przez cztery tygodnie po operacyi. Przez pierwsze 10 dni po operacyi wydzielało się jéj znacznie więcéj niż potém. Wszystkie szwy zdjąłem 9go dnia po operacyi. Tegoż dnia w miejsce wyjętych pasków z gazy jodoformowéj wprowadziłem do pęcherzyka gruby dren, który po kilku dniach usunąłem. Chora po operacyi nie gorączkowała wcale, skarżyła się wprawdzie na silne bóle w brzuchu, ale miałem sposobność przekonać się, że bóle te były w znacznéj części urojone, a przyczyną użalań się było łaknienie morfiny, chora bowiem do podskórnych jéj wstrzykiwań już przywykła. W 3cim tygodniu po operacyi wystąpiło kilka dni trwające podniesienie ciepłoty ciała w skutek powstałych w dolnéj części krzyża i w okolicy przedniego górnego kolca biodrowego przedniego lewego ropni odleżynowych. Oba ropnie szeroko otwarto, poczém ciepłota spadła znowu do stanu prawidłowego a powstałe po przecięciach rany szybko zabliżniać się zaczęły. Pomimo jednak że ogólny stan choréj ciągle się poprawiał, że apetyt był doskonały i wszystkie rodzaje pokarmów trawiła prawidłowo, cała jednak ilość wydzielanéj żółci odchodziła przez przetokę, kał bowiem był stale biało gliniastéj barwy i nie można w nim było dostrzedz ani śladu barwików żółciowych. Należało tedy pomyśleć o przywróceniu drożności zatkanego przewodu. W analogicznym przypadku Parkes [1]) w 6 tygodni po pierwszéj operacyi wykonał powtórną laparotomiję i pod przewodnictwem palców przepchnął od wewnątrz zgłębnikiem tkwiące w *ductus choledochus* kamienie żółciowe do dwunastnicy. Zupełnie jednak zadowalający ogólny stan naszéj choréj nie uzasadniał, mojém zdaniem, naglącéj potrzeby tak czynnéj i bądź co bądź poważnéj interwencyi, postanowiłem więc spróbować przedewszystkiém kateteryzowania przewodu żółciowego wspólnego przez otwartą przetokę. Użyłem do tego zwykłéj świeczki elastycznéj francuskiéj Nr. 16 filiëry Charrièra, oliwkowato zakończonéj. Kateteryzowanie odbywałem z możliwą oględnością, cofając się natychmiast, skoro najmniejszą napotykałem przeszkodę. Za pierwszym razem (16 sierpnia) wprowadziłem świeczkę na 13cm. głębokości, a natrafiwszy przy kilkrotném usiłowaniu na opór, zawsze w tém samém miejscu, nie usiłowałem wprowadzać świeczki głębiéj. Manipulacyja ta nie sprawiła choréj żadnego bólu. Nazajutrz rano oddała stolec zabarwiony żółcią, następujące jednak wypróżnienie w dobę późniéj było znowu bezbarwne. Zachęcony powodzeniem pierwszéj próby, w dwie doby po pierwszém, powtórzyłem kateteryzowanie po raz drugi, przyczém wprowadziłem nawet świeczkę nieco głębiéj (15½cm.), ale bez żadnego skutku. Odtąd wprowadzałem świeczki codziennie w ciągu dni 14, używając z kolei: bougies filiformes, cienkich bougies à boule, zwyczajnych świeczek elastycznych, świeczek wypełnionych wewnątrz drobnym śrótem, świeczek giętkich o przewodniku metalicznym (t. z. bougies à mandrin métallique fléxible), świeczek metalicznych Ultzmanna i Béniquégo, ale ani razu już więcéj nie udało mi się osiągnąć pożądanego rezultatu. Gdy jednak stan ogólny i siły choréj poprawiały się z każdym dniem, zdecydowałem się chorą zgodnie z jéj żądaniem 1/9 1887 r. z kliniki wypisać, pomimo iż żółć stale do kanału pokarmowego się nie wydzielała, w obec bowiem zupełnie zadowalającego stanu choréj nie sądziłem, aby wskazana była laparotomija celem forsownego przepchnięcia pod osłoną palców zatkanego wspólnego żółciowego przewodu, tém bardziéj że nie można było być pewnym, czy rękoczyn ten w naszym przypadku stanowczo ulgę choréj przyniesie, a laparotomija sama przez się, niestety w naszych warunkach, nie może się jeszcze liczyć do obojętnych operacyjnych zabiegów. (W cztery tygodnie po wypisaniu choréj ze szpitala, miałem sposobność ponownie ją zbadać, przyczém okazało się, że część tylko żółci wycieka obecnie przez przetokę, a reszta odchodzi przez kiszki, o czém świadczy odpowiednie zabarwienie wypróżnień, przyjęto więc znowu chorą do szpitala celem wykonania u niéj autoplastyki dla zagojenia przetoki). (C. d. n.)

II. Z praktyki sądowolekarskiéj.

I.
Samobójstwo czy morderstwo?

Podał
Dr. Justyn Karliński,
c. k. starszy lekarz wojskowy.

Zamierzając opisać poniżéj przypadek z własnéj praktyki sądowolekarskiéj, który zapewne zainteresować zdoła Czytelników Przeglądu Lekarskiego, zaraz na wstępie upraszać muszę czytelnika o wybaczenie mi, jeżeli w opisie wstrzymać się muszę od wszelkich cytat z odnośnéj literatury. Trudno wymagać od lekarza wojskowego, eksponowanego do jednéj z najodleglejszych stacyj prowincyj zajętych, zmuszonego kilka miesięcy z rzędu pędzić żywot prawie bezczynny, któremu przepisy nie dozwalają zabrać ze sobą więcéj pakunków niż 14 kilogramów, aby opisując ciekawszy przypadek z praktyki prywatnéj wdawał się w cytaty z literatury. Z regulaminów i schematów wykazów, stanowiących na razie całą biblijotekę, którą mu ze sobą wziąć dozwolono i nakazano, cytat tych czerpać nie może.

Do Sądu powiatowego w T. doniesiono w sierpniu rb., że Jelka, żona Avdii Hodżica, włościanka z osady W. na pograniczu między Bośniją, sandżakiem Nowobazarskim i Czarnogórą znalezioną została powieszoną w lesie o 25 kroków od domu męża. Ponieważ według doniesienia żandarmeryi drugato już żona Avdii w przeciągu niespełna roku znaleziona została powieszoną a przypadki samobójstwa u kobiet mahometańskich do rzadkości należą, zarządzono obdukcyję sądowolekarską, do któréj z powodu braku lekarza cywilnego i niemożności sprowadzenia drugiego lekarza wydelegowany zostałem sam jeden.

Wątpię, aby koledzy żyjący w normalnych warunkach, mogli mieć należyte wyobrażenie o stosunkach lekarskich

---

[1]) *Parkes A. case of cholecystotomy. American Journal of medic. science. July, 1885.*

w zajętych prowincyjach, specyjalnie o stosunkach lekarza sądowego, jakim każdy lekarz wojskowy w Bośnii i Hercegowinie być musi. Według układu władz cywilnych z wojskowemi lekarz wojskowy obowiązany jest na rozkaz władzy wojskowéj w porozumieniu z władzą cywilną do pełnienia funkcyj lekarza powiatowego, miejskiego, sądowego itd. tam, gdzie warunki bytu są tego rodzaju, że nie są w stanie zachęcić lekarza cywilnego do osiedlenia się. Delegowany do sekcyi w okolice, w które rzadko tylko konno dostać się można, zmuszony jest odbywać podróż pieszo, otrzymując jedynie wynagrodzenie za wykonanie obdukcyi, bez dyjet i wszelkich owych wynagrodzeń, jakie się gdzieindziéj za odbytą podróż dostaje. Piszący w dobiegającém półroczu delegowany do 11 sekcyj, z których każda z ekshumacyją była połączoną, nadto do licznych komisyj celem stwierdzenia epidemij lub szczepienia, śmiało powiedzieć może, że gdyby nie zainteresowanie się przedmiotem i rozkaz władzy wojskowéj, z pewnością wyrzekłby się owych przyjemności, połączonych zawsze z kosztami, o których zwrocie władza cywilna nie myśli.

Po uciążliwym marszu przez nagie i strome pagórki i lasy, po drożynach, po których bez niebezpieczeństwa życia konno podróżować nie można, przybyliśmy późnym wieczorem do wioski W., któréj ludność w większéj części mahometańska, niepospolicie naszém przybyciem zdziwioną była.

Objawiwszy muhtarowi (naczelnikowi gminy) cel naszego przybycia, zaproszeni zostaliśmy do chaty, gdzie nam z powodu spóźnionéj pory przenocować wypadło. Tu oznajmiono nam, że zwłoki od 4 dni pochowane, a mąż zmarłéj korzystając z udzielonego mu dawniéj pozwolenia do wyemigrowania ulotnił się nie wiadomo dokąd, zabierając konie i nieco dobytku, resztę pozostawiając.

Wkrótce zjawiła się delegacyja poważniejszych włościan z prośbą o zaniechanie sekcyi jako sprawy koranem i zwyczajami nieprzewidzianéj, która fanatyczną ludność rozjątrzyć byłaby w stanie. Z uwagi, że przypadek sam przez się podejrzanym się wydawał, prośbie téj zadość stać się nie mogło, obiecano tylko, że obdukcyja z całą możliwą oględnością się odbędzie i polecono żandarmom strzeżenie grobu.

Zrana opuszczając chatę i udając się na miejsce, gdzie zmarłą znaleziono, zastaliśmy ludność mahometańską téj wioski i osad okolicznych z zdziwieniem przyglądającą się niebywałym gościom, głośno szemrzącą na cel naszego przybycia; obecność jednak silnego posterunku żandarmeryi trzymała ją w należnéj odległości.

Naczelnik gminy, który obecnym był znalezieniu zwłok, podaje, że kobiety, nad ranem idące po wodę, znalazły Jelkę H. wiszącą u gałęzi dębu, odzianą w koszulę. Sznur miał być zwęźlony na tyłogłowiu zmarłéj, uwiązany silnie do gałęzi blisko 2 metry od ziemi się zwieszającéj, nogi zaś zmarłéj na blisko stopę od ziemi były zwieszone. W przypuszczeniu, że zaszło tu samobójstwo, nie szukał za śladami stóp w okolicy miejsca znalezienia, jakkolwiek ziemia po nocnym deszczu była rozmiękłą i takowe odnaleźćby się dały, tém mniéj że obecny znalezieniu mąż głośno płacząc i lamentując podawał, że żona wyszła niby „na stronę“ nad ranem, a on powrotu jéj we śnie nie słyszał. Zwłoki miały być całkiem zimne i stężałe, po zdjęciu z drzewa pochowane zostały według obrządku w 6 godzin po znalezieniu w ogrodzie przy chacie Avdii. Oględziny miejsca okazały, że na 2 metry 10cm. nad ziemią na gałęzi, na któréj zwłoki wisieć miały, znajduje się obtarcie kory, widocznie od sznura pochodzące, a w pobliżu nie znaleziono ani kamienia, ani żadnego innego przedmiotu, na który stanąwszy osoba miernego wzrostu mogłaby gałęzi z ziemi dosięgnąć.

Przystąpiono do ekshumacyi, któréj dokonało dwóch włościan Serbów, gdyż żaden z Mahometan grobu dotknąć nie chciał, a po ćwierćgodzinném kopaniu wydobyto z płytkiego grobu zwłoki spoczywające w pozycyi siedzącéj, obwinięte w czyste białe płótno i złożono na deskach tuż przy grobie.

Podaję tu protokół w całéj rozciągłości według stenogramu:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e. Zwłoki kobiety mniéj lub więcéj lat 24 liczyć mogącéj, obwinięte w białe płótno, zresztą całkiem nagie, jako zwłoki Jelki H. przez obecnych stwierdzone. Długość ciała 139cm., kościec budowy prawidłowéj, odżywienie dobre, powłoki, wyjąwszy dolne części brzucha, zielonkowato zabarwione, blade. Włosy koloru brunatnego, niesplecione, około czoła tasiemka biała według obrządku mahometańskiego około głowy obwinięta i na tyłogłowiu związana. Powieki zawarte, usta zaciśnięte. Na odnogach dolnych i grzbiecie plamy pośmiertne, jako takie nacięciem stwierdzone, stężenie odnóg i szczęki utrzymane. Palce rąk kurczowo zaciśnięte, paznogcie według miejscowego zwyczaju brunatno-czerwono ubarwione. 1) W okolicy ust tuż nad wargą górną pod skrzydełkiem nosowém prawém półksiężycowatego kształtu wąskie zdarcie przyskórka, zaschłe, wielkości 1 cm., płytkie: pod skrzydełkiem lewém takież samo zdarcie, w kącie ust i na brodzie również po jedném takiegoż samego kształtu i wielkości, wszystkie zaschnięte bez strupów krwawych. 2) Od wyniosłości chrząstki tarczykowéj począwszy ku tyłogłowiu, ukośnie nieco ku górze przebiega brózda na pół cm. głęboka i na 3—5 milimetrów szeroka, barwy blado fijoletowéj, miękka, niezaschnięta, przy nacięciu nieokazująca podskórnych wybroczyn. Za uchem lewém odcisk wielkości mniéj lub więcéj 4 centówki głębszy niż brózda tegoż samego wejrzenia. Skóra twarzy i szyi blada, wiotka. 3) Pod sutkiem lewym, który podobnie jak prawy dość jędrny, nieobwisły, bez blizn lub rozstępów, na 5cm. od nasady mostkowéj żebra 5go, w 5tym przestworze międzyżebrowym znajduje się zaschły strupek krwi wielkości mniéj lub więcéj 2mm., na około którego znajduje się 5 płytkich półksiężycowatych, powierzchownych i zaschłych zdarć przyskórka, żółtawoczerwonéj barwy. Z tych pierwsze kształtu półksiężycowego 1cm. długie a $1\frac{1}{2}$—2mm. szerokie po stronie wewnętrznéj powyżéj opisanego strupka, drugie mniejsze 3mm kw. wielkie po stronie zewnętrznéj a w odległości 3cm. od tegoż w łukowatéj linii 3 obdarcia podobne pierwszemu, najwyżéj położone wielkości $1\frac{1}{2}$cm., najniższe $\frac{1}{2}$cm. długie. 4) Na wewnętrznéj stronie kolana prawego bardzo powierzchowne obdarcie przyskórka na przestrzeni mniéj lub więcéj talara, równie zaschłe. 5) W okolicy pachwinowéj na grzbiecie rąk i między palcami wyraźne ślady świerzbu.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 6) Skóra czaszki prawidłowa tudzież i kości czaszkowe miernie grube, budowy symetrycznéj. Opona twarda blada połyskująca, łatwo od kości oddzielić się dająca. W zatokach żylnych mała ilość krwi skrzepłéj, opony miękkie blade, mózg miękki, blady, budowy normalnéj bez żadnych zmian chorobowych, na przekroju okazuje bardzo skąpe punkty krwawe. W zatokach i naczyniach podstawowych bardzo mała ilość krwi skrzepłéj. 7) Po odpreparowaniu skóry szyi okazują się żyły szyjne miernie krwią wypełnione, wybroczyn podskórnych w miejscu brózdzie

odpowiadającém nie ma. Mięśnie szyjne i krtań nieuszkodzone: między chrząstką tarczykową a kością gnykową miernéj głębokości podłużny odcisk odpowiadający bróżdzie skórnéj. Zmian Amussatowskich w próżnych tętnicach szyjnych nie znaleziono. 8) Po odpreparowaniu ubogiéj w tkankę tłuszczową skóry klatki piersiowéj w przestworze piątym międzyżebrowym na 4$^1/_2$cm. od lewego brzegu mostka mięśnie na przestrzeni talarem pokryć się dającéj krwią nasiąkłe, widocznie ugniecione, jednak nierozdarte. Na wewnętrznéj powierzchni skóry w miejscu odpowiadającém opisanym pod Nr. 4 zdarciom kilka drobnych wybroczyn. 9) Po otwarciu klatki piersiowéj okazują się następujące zmiany: Cała jama klatki piersiowéj krwią po większéj części skrzepłą wypełniona, płuca obustronie uciśnięte. Od środka pod Nr. 8 opisanéj wybroczyny w mięśniu międzyżebrowym aż do serca tkwi igła wielkości 5cm., zardzewiała o uszku urwaném ukośnie przebijająca brzeg płuca, worek osierdziowy i tkwiąca w sercu na 2cm. powyżéj koniuszka serca. 10) Worek sercowy okazuje szparowate na 1$^1/_2$cm. długie pęknięcie o brzegach równych, bez śladu reakcyi zapalnéj, jest napięty, wypełniony ciemnoczerwonemi skrzepami krwi, o połysku i grubości normalnéj. 11) Mięsień sercowy niedokrewny, jędrny, opisana pod Nr. 9 igła przechodzi przez komórkę lewą, przegrodę sercową i tkwi w ścianie komórki prawéj. Przegroda sercowa tuż przy igle na przestrzeni $^1/_2$cm. rozdarta, przez co powstaje komunikacyja między obu komórkami. Ściana przednia komorki lewéj również w miejscu odpowiadającém pęknięciu osierdzia jest pękniętą na przestrzeni 1cm. o brzegach nieregularnych. Beleczki mięśniowe pokryte skrzepami krwi, w jednéj z nich wolno do szpary w ścianie serca tkwi igła. Komórka lewa zawiera kilka większych skrzepów krwi ciemno-czerwonéj barwy, prawa i żyły główne prawie próżne. 12) Płuca uciśnięte i mało powietrza zawierające, w górnych częściach daje się wycisnąć mierna ilość cieczy pienistéj. 13) Narządy brzuszne normalnéj budowy i utkania, jednak blade i mało krwi zawierające. Macica niepowiększona, bez śladów porodowych.

Po obejrzeniu sznura na szyi znalezionego i koszuli, w któréj znaleziono zwłoki, podyktowałem następujące orzeczenie:

Jelka H. umarła śmiercią gwałtowną a mianowicie z rany zadanéj przez wbicie igły przez powłoki skórne i przebicie serca. Z uwagi, że otwarcie jam sercowych samo przez się dostatecznie tłumaczy przyczynę śmierci, z uwagi że wbicie igły do głęboko położonych narządów wymaga znacznéj siły, że, jak to pod Nr. 7 i 8 wymieniono, narządy czaszkowe i naczynia szyjne w bardzo małéj ilości krew zawierające znaleziono, zadanie sobie śmierci przez powieszenie dobrowolne wydaje się nieprawdopodobném, a więc Jelka H. po śmierci dopiero przez osobę drugą powieszoną została. Obdarcia przyskórka na twarzy kształtem swym i umiejscowieniem przemawiają za tém, że powstały od odcisków paznogci ręki prawéj przemocą zawierającéj usta celem np. przytłumienia krzyku. Obdarcia przyskórka po lewéj stronie klatki piersiowéj powstały również od palców ręki prawéj, która jużto usiłowała tkwiącą igłę głębiéj wepchnąć, jużto igłę tkwiącą w miejscu, gdzie zeschły strupek krwi się znajduje, na zewnątrz wyciągnąć.

W przypadku niniejszym igła przebiwszy powłoki skórne, brzeg płuca, osierdzie, otwarła obie komórki sercowe, które przez parcie krwi w tychże znajdującéj się szparowato od otworu igłą zrządzonego rozdarte zostały przez co wypływ krwi z jam sercowych do jamy klatki piersiowéj przez przedartą ranę worka sercowego umożliwiony został. Obdarcie przyskórka na kolanie prawém pochodzić może od ucisku kolanem osoby drugiéj, usilującéj ruchy denatki tamować. W każdym razie wbicie igły do serca poprzedzało powieszenie a ponieważ nieprawdopodobném i niemożliwém się wydaje, aby osoba o tak znacznéj ranie w narządach piersiowych tyle siły miała, aby mogła opuścić dom, udać się o 25 kroków, poczynić wszelkie przygotowania do zawieszenia i uwiązania sznura, wdrapania się na gałąź, zadzierzgnięcia sobie postronka na szyję i zawieszenia się na nim, zważywszy daléj, że na koszuli, którą denatka przed śmiercią miała na sobie, nie znajdują się żadne ślady wskazujące na to, że przypadkowe wbicie się igły umieszczonéj w koszuli miejsce mieć mogło, stanowczo oświadczyć się muszę za śmiercią gwałtowną zadaną ręką obcą, która dla zatarcia śladów zbrodni następnie zmarłą powiesiła na drzewie.

W końcu dodać jeszcze muszę, że dla większéj pewności zebrałem wszelki brud, jaki za paznogciami rąk obu znalazłem a badając takowy pod silną lupą w mieszkaniu mojém nie znalazłem ani śladu zdartego z twarzy lub piersi przyskórka.

Zdaje mi się, że przypadek niniejszy zainteresować zdoła czytelnika, tém bardziéj, że o ile sobie przypominam, podobny przypadek zdarzył się przed wielu laty we Lwowie, gdzie rozchodziło się o to, czy wbicie igły w serce ręką obcą, czy też przypadkiem zrządzone zostało.

III Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

F. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze.

Zapalenie opon miękkich mózgowia na tle gruźliczém powstałe jest chorobą, na któréj zbadanie pedyjatrzy szczególniejszą zwrócili uwagę, którą zajmowali się, że tak powiem, z pewném ulubieniem, jużto w skutek częstości, z jaką choroba ta nawiedza wiek dziecięcy, jużto w skutek typowego, a przecież pod pewnemi względami odmiennego przebiegu, jużto może i dla tego, iż choroba ta jest poniekąd polem do popisu rozpoznawczego, że lekarz rozpoznać ją może już wtedy, kiedy otoczenie nic jeszcze złego nie przeczuwa, a rozpoznanie równa się w takim przypadku i wyrokowi śmierci. Dla tego też z wszystkich chorób zapalnych opon mózgowych i mózgu choroba w mowie będąca jest najlepiéj zbadaną i nie przedstawia już obecnie ani pod względem etyjologicznym, ani też klinicznym prawie żadnych stron niejasnych, czego powiedzieć nie można o innych postaciach zapalenia opon. Istotne zbadanie choroby téj ze stanowiska etyjologicznego i patologicznego datuje jednakowoż, jak wiadomo, dopiero od roku 1830 od pracy Papavoinea, który pierwszy określił chorobę tę, jako zapalenie opon miękkich wywołane obecnością guzków gruźliczych i nazwał ją *Arachnitis tuberculosa*. Już przed nim wprawdzie wiele zasług koło zgruntowania przyrody téj choroby położyli Senn, wskazując, wbrew przyjętemu podówczas zapatrywaniu, iż pierwotnie cierpi *pia mater* i ulega zapaleniu i nazywając chorobę tę

Meningite granuleuse, jakotéż Guersant (1827), który zwracał uwagę na *granula*, t. j. gruzełki, dowodząc, iż nie są one obce téj sprawie zapalnéj; obydwaj jednak dokładnego pojęcia tak o jakości owych guzków jak i o związku ich z zapaleniem opon jeszcze nie mieli. Wiadomo zaś, iż poprzednio długo toczyły się rozprawy co do patogenezy w mowie będącéj choroby i że sprawę tę pojmowano przeważnie jako idiopatyczne wytwarzanie się wysięku w komórkach mózgowych, choć odzywały się także głosy uważające sprawę tę za zapalenie istoty mózgowéj, a ztąd wielorakie nazwy, jakie chorobie téj nadawano: *hitziger Wasserkopf*, *Wassersucht der Gehirnhöhlen*, *The dropsy of the brain*, *fièvre cerebrale*, *meningocephalite*, *encephalitis exsudativa infantum* i tp. Na znaczne wypełnienie krwią naczyń i na wypocinę zwrócił pierwszy uwagę Quin (1780) i wyraził zdanie, iż wysięk w komórkach nie jest chorobą samodzielną, lecz objawem zapalenia. Ujęcie objawów odpowiadających zapaleniu opon gruźliczemu w pewien obraz kliniczny zawdzięczamy długo jeszcze przed wyjaśnieniem powstawania téj choroby, bo w r. 1768, Robertowi Whytowi, który zwrócił uwagę na typowy jéj przebieg i pierwszy podzielił chorobę tę na okresy kierując się zachowaniem ciepłoty, względnie tętna, a mianowicie na okres pierwszy, *stadium febrile*, obejmujący ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, podwyższenie ciepłoty, okres drugi, *stadium afebrile*, obejmujący wykrzykiwanie, *cri hydrocephalique*, zwolnienie tętna i nieregularność, nieckowate zaklęśnięcie brzucha i objawy naczyniowo-ruchowe i okres trzeci końcowy, obejmujący drgawki, porażenia, tętno chybkie, nieregularne i ponowne podwyższenie ciepłoty. Podział ten na okresy utrzymał się aż do dzisiejszych czasów, jednak uległ pewnym zmianom i tak przyjmuje Traube także trzy okresy, z których pierwszy, okres podrażnienia, odpowiadać ma erupcyi gruzełków i wywołanemu zapaleniu opon, okres drugi, okres ucisku, powstawaniu wysięku w komórkach mózgowych, a okres trzeci, okres zwolnienia, końcowemu porażeniu ośrodków mózgowych. Okres pierwszy według niego cechuje się bólem głowy, wymiotami, zaparciem stolca, nieckowatém zaciągnięciem brzucha, rozdrażnieniem, przeczulicą i podwyższeniem ciepłoty; okres drugi śpiączką, zwolnieniem tętna i zaburzeniami w zakresie sfery ruchowéj, a okres trzeci porażeniem ogólném, tętnem niezliczalném i oddechem nieregularnym, a częstokroć i bardzo znaczném podwyższeniem ciepłoty. Henoch przypuszcza tylko dwa okresy, okres zadrażnienia i okres ucisku czyli porażenia, t. j. okres odpowiadający wytworzeniu gruzełków i okres odpowiadający wytworzeniu się wysięku. Najnowsi autorzy, między innymi Steffen, Votteler, Turin, Wortmann przyjmują cztery okresy, dodając do trzech okresów Whyta i Traubego okres 4ty, a raczéj pierwszy, t j. okres zwiastunów.

Pomimo rozlicznych prac dotyczących zapalenia opon gruźliczego i pomniejszych publikacyj kazuistycznych, że wspomnę tylko z dostępnéj mi literatury prócz wyż wspomnionych autorów Bartheza i Rillieta, Bouchuta, Pieta, Seitza, Bertalota, Henocha, Reimera, Gibneya, Byrow-Bramwella, Sauerwald-Oeynhausena, Herza, Bokaya, Ledercra, Demmego, Röhrera, Glasera, pozostaje jeszcze kilka punktów, które dotychczas nie są jeszcze dostatecznie wyświecone. I tak nierozstrzygniętém jest pytanie, czy niezbędném jest dla powstania gruźliczego zapalenia opon istnienie jakiegoś ogniska serowatego w organizmie, czy też gruźlicze zapalenie opon pojawić się może jako choroba pierwotna u dzieci nieokazujących zresztą żadnych zboczeń gruźliczych w innych utkaniach. W związku z tém pozostaje pytanie następne, czy zapalenie opon mózgowych gruźlicze bywa wrodzone, czy jest ono chorobą dziedziczną, czy z pojawienia się tegoż zapalenia u dziecka wnosić trzeba o gruźlicy rodziców, i czy w razie, jeżeli w rodzinie jakiéj zmarło już jedno lub drugie dziecię z téj choroby, to także ten sam los czeka i inne dzieci w późniejszym czasie urodzone? Daléj czy i jaki wpływ mają na wystąpienie zapalenia opon gruźliczego stosunki i okoliczności czysto zewnętrzne, jakoto pora roku, przebycie jakiéj choroby zakaźnéj, głównie płonicy, odry i krztuśca, równoczesne częste pojawienie się innych postaci zapaleń opon, a głównie panowanie nagminne zapalenia opon mózgu i rdzenia pacierzowego, wreszcie ząbkowanie i uraz. W końcu czy rokowanie w téj chorobie jest bezwzględnie niepomyślne, czy też istnieją niewątpliwe przypadki wyleczenia téj choroby. Inne kwestyje dotyczące przebiegu choroby, czasu trwania i ważności jednego lub drugiego objawu, jakotéż tłumaczenia ich, również niezupełnie wyczerpane, zostawiamy na późniéj, tymczasem zestawimy w krótkości poglądy na powyższe pytania zasadnicze.

Wiadomém jest, iż najczęściéj znajduje się ognisko serowate, z którego bierze początek zapalenie opon mózgowych gruźlicze w gruczołach, a to głównie w gruczołach oskrzelowych, mniéj często znajduje się ono w samém utkaniu płuc, w zserowaciałych wysiękach jam opłucnych lub otrzewnéj, jakotéż w stawach lub kościach. Zdarzają się jednak i przypadki takie, opisane dokładnie, choć liczebnie w bardzo małéj tylko ilości, w których ogniska serowatego nigdzie znaleźć nie było można i w którychto przypadkach nawet i stan odżywienia dziecka nic nie zostawiał do życzenia. I tak np. zauważył Bertalot w 24ch przypadkach zapalenia opon mózgowych gruźliczego 20 razy gruźlicę i zserowacenie gruczołów oskrzelowych, a 4 razy gruźlicę płuc z ogniskami serowatemi. Reimer widział w 42ch przypadkach 36 razy gruźlicę i zserowacenie gruźlicze w gruczołach, a tylko w jednym przypadku były gruczoły wolne, była natomiast gruźlica innych narządów. Wortmann z kliniki prof. Kohtsa zauważył w 56 przypadkach zapalenia opon gruźliczego u dzieci źle odżywionych 45 razy gruźlicę i zserowacenie gruczołów, w pięciu gruźlicę rozsianą, podczas gdy w 6ciu przypadkach nie było żadnych innych zboczeń gruźliczych. Lederer miał widzieć często zapalenie opon gruźliczych bez zserowaciałych ognisk lub gruźlicy w innych narządach, liczby jednak ani opisu nie podaje. Zapalenie opon gruźlicze bez jakichkolwiek innych ognisk gruźliczych widział także i A. Steffen, który przemawia za dziedziczną skłonnością w pewnych rodzinach do zapadania na powyższą chorobę. Pomiędzy przypadkami zapalenia opon mózgowych na tle gruźliczém w liczbie 26, które mieliśmy sposobność badać pośmiertnie, znaleźliśmy gruźlicę gruczołów oskrzelowych z ogniskami serowatemi w nich w 11tu przypadkach obok takich samych ognisk w płucach, w 13tu przypadkach obok gruźlicy ogólnéj, tylko w 2ch przypadkach gruczoły były wolne; w jednym atoli z tych przypadków znajdowała się gruźlica ogólna; zatém tylko drugi przedstawiał li tylko wyłączne umiejscowienie gruzełków na oponach bez zmian w innych narządach.

Widzimy zatém w przybliżeniu, jaki zachodzi stosunek między pojawieniem się przypadków zapalenia opon gruźliczego powikłanych z serowatemi ogniskami czyto w gruczołach, czy gdzieindziéj, a przypadkami téjże choroby samo-

istnemi i nie dziwimy się, jeżeli jeszcze teraz większość autorów jest tego zdania, iż do możności powstania zapalenia opon gruźliczego koniecznie potrzebném jest istnienie ogniska serowatego w organizmie, iż potrzeba resorbcyi owych części serowatych do wytworzenia się gruzełków na oponach, a że w razach, gdzie ogniska serowatego nie wykazano, było ono tak ukrytém, że sekcyja go nie wynalazła. Zdanie to, jak wiadomo, najpierw wyrazil Buhl. W obec dzisiejszego jednak poglądu na gruźlicę, jako na chorobę zakaźną, która udzielić się może pod pewnemi warunkami i osobnikom poprzednio zdrowym, musimy przyznać, iż ognisko serowate bywa wprawdzie po największéj części owém składem prątków gruźliczych, z którego dopiero po pewnym czasie przy sprzyjającéj sposobności do obiegu krwi się dostają i w oponach mózgowych osiadają, że jednakowoż gruźlica opon z następowém ich zapaleniem może powstać samoistnie przez infekcyję, że tak powiem, z pierwszéj ręki, a nie za pośrednictwem gruczołów i naczyń limfatycznych, iż prątki zatém gruźlicze wprost naczyniami krwionośnemi do mózgu doprowadzone być mogą. Dla czego jednak tylko tam a nie gdzieindziéj osiadają, na to nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć inaczéj, jak tylko znanym faktem, iż tak jak indywidua pojedyncze, tak i nawet całe rodziny posiadają w ustroju pewne miejsca mniéj odporne, *puncta minoris resistentiae*, na które szkodliwość jaka w pierwszéj linii działa. I tak u jednych stanowi ową słabą stronę narząd oddychania, u drugich trawienia, u innych wydzielania, u tych zaś narząd nerwowy. Hauke utrzymuje, iż zapalenie opon mózgowych gruźlicze dla tego jest częstsze we wieku dziecięcym, iż prątki osiadają w naczyniach podstawy mózgowéj w skutek znacznego ucisku, jaki tam się znajduje. Rilliet i Barthez zauważyli, iż przypadki zapalenia opon gruźliczego w rodzinach zamożnych, w sferach społeczeństwa wyższych, przydarzały się bardzo często w takich, które okazywały skłonność do zboczeń umysłowych lub chorób mózgowych, a zatém w rodzinach, jak się Niemcy wyrażają, *mit neuropathischer Belastung*. Przypuszczenie to mogłoby nam zarazem tłumaczyć także i te dość liczne przypadki, w których przy zmianach gruźliczych różnych narządów bardzo rozległych, przy kolosalnych gruczołach serowatych oskrzelowych, lub przy gruźlicy ogólnéj, były jedynie tylko opony mózgowe i mózg wolnemi od gruzełków. W takim razie mówić moglibyśmy o pewnéj odporności większéj ustroju nerwowego względnie mózgu, a bardzo zajmującém byłoby zbadanie w podobnych przypadkach tętnic mózgowych głównie tętn. podstawowéj i krwi w naczyniach opon pod względem zawartości co do prątków gruźliczych. Pamiętać jednak należy i o tém, że przydarzają się choć rzadko także przypadki takie, w których u osób wybitnie gruźliczych spotykamy się z zapaleniem opon mózgowych zwyczajném; można się w takim razie zapytać, dla czego w takim przypadku nie wywiązało się zapalenie opon gruźlicze, skoro już skłonność do powstania zapalenia opon istniała a prątków gruźliczych w organizmie nie brakło? W przypadkach takich jednakowoż spotykamy się zazwyczaj z zapaleniem opon mózgowych rozległém i ropném, powstałém we warunkach takich, wśród których nawet u osób zdrowych zupełnie musiałoby przyjść do zapalenia opon, jak np. w skutek przeniesienia się sprawy zapalnéj z ucha wprost na opony podstawy, przy zgorzeli kości czaszkowych, zaczopowaniu naczyń, złamaniach kości po urazie i t. p.

Przejdźmy teraz do pytania drugiego, a dotyczy ono dziedziczności zapalenia opon mózgowych gruźliczego. Pytanie to w ścisłym pozostaje związku z tyle rozbieraną obecnie kwestyją dziedziczności gruźlicy. Wiadomém jest, iż wprawdzie niedawno jeszcze utrzymywali Martin i Landouzy, iż przyczyną guzów gruźliczych znajdowanych w rozmaitych narządach u osesków musi być zakażenie w samym zarodzie, analogiczn'e do kiły, to jednak dotychczas górowało zdanie, iż dzieci z rodziców gruźliczych oddziedziczają tylko pewną więź (*constitutio*), polegającą na odmiennéj mięszaninie krwi, bliżéj jeszcze nieoznaczonéj, sprzyjającéj rozwinięciu się czy wcześniéj czy późniéj gruźlicy. Po odkryciu zaś prątków gruźliczych i stwierdzeniu zaraźliwości gruźlicy właśnie za pośrednictwem tychże prątków zmieniło się zapatrywanie na kwestyję dziedziczności o tyle, iż jedna część badaczy pozostaje nadal przy twierdzeniu, iż tylko odziedziczyć można ową skłonność do nabycia gruźlicy a nie samą już chorobę, ponieważ do wytworzenia się gruźlicy konieczną jest obecność prątków, a te wrodzonemi być nie mogą, druga zaś część przyjmuje dla tłumaczenia gruźlicy w pierwszych tygodniach życia możliwość bezpośredniego zakażenia płodu w łonie matki za pośrednictwem krwi naczyń łożyskowych, zawierającéj prątki gruźlicze. Skłonności zaś owéj odziedziczanéj po rodzicach gruźliczych do nabycia gruźlicy, owéj więzi, *constitutio*, *habitus*, nie upatrują obecnie już w jakiéjś odmiennéj mięszaninie krwi, lecz w słabszéj żywotności komórek, a raczéj w upośledzeniu ich siły żywotnéj, we właściwości, iż nie są one w stanie przygotować zniszczenia czyli rozkładu prątków, tak jak uskuteczniają spalenie białka, tłuszczów i cukru, lecz że na odwrót prątki gruźlicze dostając się do wnętrza komórek są w stanie rozkładać części komórki i zużytkować do własnego rozwoju i rozmnożenia (Koch-Wolfberg). Nieliczne głosy upatrują przyczynę owéj skłonności dziedzicznéj dla gruźlicy w niestosunku pomiędzy wielkością i rozwojem serca a płuc (Beneke, Brehmer) albo w odmiennéj budowie pęcherzyków płucnych i najdrobniejszych oskrzelików, któreto właściwości anatomiczne tak jak inne przechodzą prawem dziedziczności z pokolenia na pokolenie. Ten sposób tłumaczenia odnosiłby się jednakowoż tylko do gruźlicy płuc. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Nowa metoda osteoplastycznéj resekcyi w stopie. [1]

Podał Dr. I. Link,

lekarz pułkowy i operator szpitala garnizonowego we Lwowie.

M. K., inwalid patentowy, 24-letni, przyjęty został z następującém cierpieniem do szpitala garnizonowego. Prawa stopa w okolicy kości śródstopia znacznie obrzmiała okazuje po stronie grzbietowéj, jakoteż po wewnętrznym i zewnętrznym brzegu stopy liczne przetoki wypełnione wiotką i si-

---

[1] Rozprawę niniejszą otrzymaliśmy d. 28 września rb. Po sporządzeniu drzeworytu dowiedzieliśmy się atoli, że przypadek ten w całości (jednak bez ryciny) ogłoszony już był poprzednio — bo w pierwszych dniach września — w Nrze 36 *Centralbl. f. Chirurgie*. Wierni zasadzie w *Przeglądzie Lek.* stale przestrzeganéj, któréj szan. Autor z pewnością nie znał, ogłaszając artykuł swój naprzód po niemiecku, żałujemy, że pracy téj nie możemy umieścić pomiędzy oryginalnemi: sądzimy atoli, że i na tém miejscu nie straci na swéj wartości i pożądaną będzie dla czytelników, którzy specyjalnego pisma niemieckiego nie posiadają. *Redakcyja.*

nawą ziarniną, z głębi przetok wydobywa się wydzielina surowiczo ropiasta, rzadka, zgłębnik natrafia na obnażone, chropowate, bardzo bolesne kości. Cały obraz chorobowy robi wrażenie gruźliczej sprawy wszystkich kości śródstopia, z wyjątkiem kości skokowéj i piętowéj. Ponieważ przedstopie, podeszwa i pięta były nienaruszone, zdawało mi się rzeczą słuszną, te części, które do chodzenia są tak ważne, utrzymać; postanowiłem przeto schorzałe usunąć, a utrzymane przedstopie przymocować do kości skokowéj.

W tym celu wymyśliłem następujące cięcie, kóre natychmiast na trupie wypróbowałem. Zrobiłem cięcie na grzbiecie stopy poprzeczne, odpowiadające stawowi Choparta, a drugie poprowadziłem równolegle do tegoż, odpowiadające podstawom kości śródnożnych; teraz połączyłem oba te cięcia przez dwa cięcia po wewnętrznéj i zewnętrznéj stronie stopy.

Od górnego cięcia poprzecznego wszedłem do wnętrza, zamiast jednak otwierać staw Choparta, odpiłowałem główkę kości skokowéj w jéj największym obwodzie poprzecznie w kierunku ukośnym od przodu i góry ku tyłowi i na dół, następnie oddzieliłem płaszczyznę stawową pomiędzy kością sześcienną i piętową i unikając obrażenia, o ile możności, części miękkich, oddzieliłem kości śródstopia krótkiemi tuż przy kości prowadzonemi cięciami aż do podstawy kości śródnożnych. Teraz przepiłowałem idąc od przedniego cięcia poprzecznego kości śródnożne tuż przy ich podstawie w kierunku od góry i tyłu ukośnie naprzód i ku dołowi, ostatniém cięciem usunięty został czworoboczny płat od przedstopia. Teraz przyłożyłem obydwie ukośne płaszczyzny kości śródnożnych i kości skokowéj do siebie i byłem uradowany otrzymując dosyć zgrabną, aczkolwiek nieco skróconą stopę. Obawiałem się, iż przez to znaczne skrócenie grzbietu stopy podeszwa utworzy fałd znaczny poprzeczny; co jednak okazało się mylném, gdyż pięta ustąpiła nieco ku tyłowi i przez to napięła podeszwę. Z tego powodu, że cięcie poprowadziłem ukośnie, otrzymałem tak grzbiet stopy, jakotéż i podeszwę całkiem prawie normalną.

Otrzymawszy na trupie wynik pomyślny, przystąpiłem dnia 14 maja do operacyi na naszym chorym. Wykonałem tę operacyję w taki sam sposób, zmieniając tylko o tyle postępowanie, o ile sprawa chorobowa tego wymagała, przepiłowując bowiem główkę kości skokowéj przekonałem się, że istota rdzeniowa tejże już gruźliczo zwyrodniałą była i z tego powodu aż do istoty korowéj musiała być ostrą łyżeczką usunięta. Tożsamo musiałem schorzałą podstawę kości skokowéj ukośnie usunąć. Teraz usunąłem wszystkie schorzałe części miękkie z pola operacyjnego częścią nożyczkami, częścią ostrą łyżeczką, podwiązałem naczynia krwionośne i powierzchnie ranne w ten sposób do siebie przyłożyłem, że pozostałe kości śródstopia przyszły na pozostałą część kości skokowéj. O dokładném zetknięciu się płaszczyzn tych pozostałych kości nie mogło być mowy w obecnym przypadku, ponieważ wyłyżeczkowana kość skokowa nie miała równéj płaszczyzny, lecz była znacznie zagłębiona. Musiałem się ograniczyć z tego powodu tylko do połączenia płatów skóry ze sobą, zakładając ośm szwów srebrnych, co téż z powodu braku skóry tylko z trudnością się udało.

Następowe leczenie odbyło się pod wilgotnym strupem i gazą jodoformową na szynie Volkmanna. Tego samego dnia popołudniu opatrunek był wydzieliną przyranną przesiąknięty, dla tego przyłożono jeszcze kilka warstw waty Brunsa.

Aż do ósmego dnia była gorączka aseptyczna mierna (38° C.), od tego czasu przebieg bezgorączkowy. Zmiana opatrunku w trzy tygodnie po operacyi; opatrunkowe materyjały zupełnie suche aseptyczne, rana w całéj rozciągłości zagojona przez rychłozrost, 4 szwy oddalono, 4 jeszcze parę dni pozostały. W cztery tygodnie późniéj po zupełném zabliźnieniu paska ziarninowego stwierdzono zupełną ruchomość tak bierną jak i czynną w stawie skokowym, dla lepszego skonsolidowania blizny założono opatrunek gipsowy. W dwa tygodnie późniéj zaczął chory chodzić w opatrunku gipsowym, chodzi przy pomocy laski bardzo dobrze, bólów ani zmęczenia nie czuje.



Wskazanie do téj operacyi stanowi schorzenie destruktywne śródstopia, podczas gdy tylna część kości skokowéj i pięta są zdrowe. Jednak nawet w tym przypadku, gdyby obie te kości zupełnie były zniszczone, nie wahałbym się je usunąć, dolne płaszczyzny stawowe podudzia odpiłować i do odpiłowanych płaszczyzn kości śródstopia zaadaptować, a zatém resekcyję według Władimirowa-Mikulicza, zamiast z grzbietowym, z podeszwowym płatem wykonać. Aczkolwiek operacyja ta tylko bardzo ograniczone zastosowanie mieć może, to jednak zasługuje ze względu na wynik, co się tyczy chodzenia, aby ją do metod resekcyj typowych zaliczyć. W kilka tygodni po wykonaniu powyższéj operacyi dowiedziałem się z czasopisma (*Centralblatt f. Chirurgie* 1887, *Juliheft* p. 506), że Bardenheuer już od dłuższego czasu podobną resekcyję wykonywał. Ponieważ jednak jego postępowanie od mego w wielu ważnych rzeczach się różni i oprócz tego ja podczas wykonywania mojéj operacyi o tém nic nie wiedziałem, dla tego muszę co do pierwszeństwa mojéj operacyi tyle się zastrzedz, ile że mi sposób operacyi Bardenheuera był nieznany.

Dodać wreszcie muszę, że obecnie po zdjęciu opatrunku gipsowego noga przedstawia się dość zgrabnie i funkcyje jéj są nadspodziewanie dobre; końce przeciętych ścięgien zrosły się ze sobą pod wilgotnym strupem jak najdokładniéj, jak to Phelps twierdzi, o czém przy czynnych i biernych ruchach w stawie skokowym przekonać się można. Chory chodzi obecnie bez laski. Co mnie także mocno zadowala, to ta okoliczność, że wyleczenie jest kompletném bez naj-

mniejszego śladu recydywy, co u chorych w tym wieku nieczęsto się zdarza.

Dla dokładnego uwidocznienia wyniku tej operacyi załączam zdjęcie fotograficzne operowanej stopy.

Hoffa: **O następstwach wyłuszczenia wola**. H. podał na posiedzeniu Tow. fizyczno-lekarskiego w Würzburgu pogląd historyczny na charłactwo zwane *cachexia strumipriva*. Charłactwo to połączone jest z cechującym obrzękiem twarzy, zmianą w skórze, ogólnem osłabieniem i pewną ciężkością w wykonywaniu ruchów ciała przy utrzymanych siłach mięśniowych, jakoteż z upadkiem władz umysłowych. H. porównywa obraz *cachexiae strumiprivae* z opuchliną śluzakową *(Myxoedema)* i z pewnemi postaciami charłactwa, którychto chorób ogólnych wspólną cechą jest brak, względnie zwyrodnienie gruczołu tarczykowego i na podstawie nowszych doświadczeń na zwierzętach dochodzi do wniosku, że ta choroba słusznie nosi nazwę *cachexia strumipriva*, występuje bowiem rzeczywiście w skutek wykluczenia czynności wymienionego gruczołu.

Po tych wstępnych uwagach przedstawia H. Towarzystwu trzech chorych poddanych całkowitemu wyłuszczeniu wola, którzy w następstwie ulegli charłactwu, wyżej opisanemu. Przypadki te pouczają, jak ciężkie następstwa dla chorego może pociągać za sobą całkowite wyłuszczenie wola, podczas gdy te niebezpieczeństwa o wiele się zmniejszają, jeżeli pozostawia się resztki wola. (*Internationale klinische Rundschau* 1887 Nr. 37).

Dr. R. Spira.

Farmakologija.

Rosenbach: **O stosowaniu ergotyny w niektórych chorobach serca**.

Zdaniem R. działanie naparstnicy w przypadkach wad zastawek półksiężycowych aorty a zastawki dwudzielnej dla tego nie jest jednakowe, żę w pierwszych układ naczyniowy tętniczy bywa nadwerężony przez to, że w skutek znaczniejszego przerostu następowego komórki lewej krew ze znaczniejszą siłą bywa wyparta do naczyń, rozszerza je gwałtownie i przez to niekorzystnie, a nawet wprost szkodliwie, wpływa na ich sprężystość, która przy wypieraniu krwi do dalszych okolic ciała największą odgrywa rolę, podczas gdy przy drugich, t. j. przy wadach serca z powodu zmian zastawki dwudzielnej najwięcej cierpi mięsień sercowy w obydwu komórkach zarówno i krążenie małe. Dla tego też naparstnica w tej grupie przypadków, jako na sam mięsień sercowy wpływ mająca, znakomite oddaje usługi, w pierwszych zaś racyjonalnie można stosować środek, który jest w stanie pobudzić ściany naczyń tętniczych do większej czynności i powiększyć w nich parcie Takim środkiem jest w pierwszym rzędzie ergotyna, której wpływ na mięśnie gładkie wykazały liczne doświadczenia i kliniczne spostrzeżenia.

Za pomocą ergotyny osiągnął też R. zadowalające, jakkolwiek niekiedy szybko przemijające, rezultaty nietylko w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, ale nadto i w takich stanach chorobowych serca, w których ściany naczyń tętniczych cierpią a więc w przypadkach idyjopatycznego rozszerzenia serca, w których pod wpływem wzmożonej czynności serca zarówno sprężystość ścian naczyń na szwank jest narażoną, w przypadkach miażdżycy tętnic głównych, w których powiększone działanie pod wpływem leku naczyń niezajętych tą zmianą rekompensuje zmniejszone działanie zajętych.

R. podaje lek ten w następujących formułkach: 1) *Rp. Inf. sec. corn.* 10·0—15·0 na 150·0 (ewent. dodatek *aether. sulf.* 30·0, *acid. hydrochl.* 1·0). *DS.* Co 2 lub 3 godziny jednę łyżkę stołową zażyć. 2) *Rp. Ergot.* 2·0—4·0 na 150·0, (ewent. dodatek *spir. aether.* 5·0) *DS.* Co trzy godziny albo trzy razy dziennie łyżkę stołową. 3) *Rp. Ergot.* 3·0 (ewent. dodatek *extract. conv. maj.* 3·0 lub *pulv. fol. digit.* 2·0). *Pulv. et extr. gentianae q. s. f. pil.* 50. *DS.* Co dwie godziny 2—3 pigułek. 4) *Rp. Inf. fol. digit. e* 1·5 *ad* 50·0. *Ergot.* 2·0. *DS.* Co 2 god. łyżkę.

W niektórych przypadkach skutki leku wkrótce były widoczne, w innych działanie występowało dopiero po pewnym czasie; niekiedy zdawało się, że działanie naparstnicy w połączeniu z ergotyną było silniejsze w przypadkach, gdzie i sama naparstnica dobrze działa. Pod wpływem podawania ergotyny tętno stawało się regularniejsze, pełniejsze i więcej napięte, napady duszności zmniejszały się, to samo zwalniało bicie serca a wydzielanie moczu się powiększało. W przypadkach, gdzie znaczne obrzęki już dłuższy czas trwały, lek ten wcale nie skutkował. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 35 i *Deutsche med. Wochensch.* 1887, Nr. 35). *H. K.*

Toksykologija.

Ricci: **Przypadek zatrucia kokainą**.

Z powodu dolegliwych bólów podczas napadów nerwobólów n. kulszowego przepisał R. choremu *Rp Cocaini mur. (Merk.)* 2·5 *Aq. dest.* 10·0 *DS.* Do wstrzykiwań. Na drugi dzień przyniósł chory flaszeczkę z kokainą, nadmieniając, że dla wysokiej ceny kazał sobie zrobić tylko połowę przepisanej ilości. R. wstrzyknął mu połowę czyli 0·625 kokainy. W kilka jednak minut po wstrzyknięciu chory stał się niespokojnym, dostał dziwnego i żywo zmieniającego się wyrazu twarzy, gestykulował jak osoby dotknięte pląsawicą, tętno, ruchy oddechowe przyspieszone. Po długiem wypytywaniu chory przyznał się, że dał sobie zrobić nie połowę, lecz całą ilość. R. wprowadzony w błąd przez chorego wstrzyknął mu więc 1·25 kokainu (a więc jeszcze o 0·05 więcej aniżeli prof. Kolomnin swojemu choremu wstrzyknął). R. kazał prędko chorego do domu zawieść i zalecił mu makowiec w małych a częstych dawkach. Już po krótkim czasie chory się uspokoił i w parę dni przyszedł do siebie zupełnie, aż nagle czwartego dnia występuje za to podobny napad, którego następstwa z czasem dopiero ustąpiły. *(Deut. med. Wochensch.* 1887, Nr. 41). *H. K.*

Eichbaum (Lipsk): **Przypadek przewlekłego zatrucia siarką przez pomadę do włosów**. W lipcu 1886 przyszedł do E. chory skarżący się na zawroty głowy, mdłości, że robi mu się czarno przed oczyma, że zdaje mu się jakoby upadał naprzód, nadto na napięcie w karku po stronie prawej i w barku po tej samej stronie. Chory pochodzący z rodziny zdrowej był dobrze zbudowany, liczył lat 37 nie mógł przez pokój sam przejść ani spokojnie stanąć, skóra na twarzy była blada, czoło pokryte potem, źrenice szerokie nie oddziaływały ani na bodźce mechaniczne ani na światło, język obłożony, nieznacznie drżący. Nie ma objawów porażennych. Stłumienie serca w granicach prawidłowych, tony serca czyste; płuca zdrowe, tętno 124 uderzeń na minutę; oddechów 16, ciepłota ciała niska, mięśnie na karku po prawej stronie napięte, twarde, przy ruchach biernych głową napięcie się nieco zmniejsza. Kiły chory na pewne nie przechodził. Już po jednej spokojnie przepędzonej dobie czuł się chory lepiej, tętno spadło na 96 uderzeń, źrenice jednak jeszcze rozszerzone, oddziaływają na światło leniwo, bóle głowy słabsze; teraz przyznał się chory, że już od kilku lat cierpi na ból głowy, a przypadkowo zdradził się, że używa już od 8 lat jakiejś pomady przeciw tworzeniu się łusek na głowie, składającej się z waseliny 100,0, wosku 5·0, i siarki 10·0, olejku różanego.

Po usunięciu pomady przez cały rok chory do tego czasu ani jednego napadu nie miał. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 42).
H. K.

β. **Zatrucie jodem po podaniu wewnętrznem jodku potasu.** Pewien robotnik fabryczny został przyjęty do kliniki prof. Ziemssena w Monachijum z powodu morzyska ołowiowego. Podano mu jodek potasu (5:150) co 3 godz. łyżkę. Po wyżyciu zaledwie paru łyżek przepisanego leku dostał chory obrzmienia obu gruczołów przyusznych, warg, powiek i gruczołów limfatycznych oraz zapalenia gardła, przyczem skarżyć się zaczął na suchość w ustach i ból w czole, któremu towarzyszyła mierna gorączka; silny ból brzucha dotąd trwający ustąpił tymczasem zupełnie. Nie zauważono jednak wcale wyrzutów jodowych na skórze ani nieżytu jodowego. Natychmiast zaprzestano podawać jodek potasu a zarządzono letnie kąpiele, poczem objawy choroby jodowej ustąpiły bez śladu. Że tu rzeczywiście miano do czynienia z zatruciem jodowem, najlepszy tego dowód, że przy ponowieniu się morzyska znów polecono choremu jodek potasu w mniejszych dawkach, które znów te same objawy, szczególniej zapalne obrzmienie gruczołów przyusznych, choć w mniejszym stopniu wywołały. (*Deut. Medicinal Ztg.*).

β. **Obłęd po użyciu atropinu.** W przeciągu ostatniego roku zauważył T. Collins w londyńskiej klinice okulistycznej 3 przypadki obłędu u podeszłych osób po zapuszczeniu do oka atropinu w roczynie 4grm. na uncyję (0·25 na 30gr.) 3 razy dziennie. 1) Pierwszy przypadek dotyczył 73-letniej kobiety, która przyjętą została z powodu nieprzeźroczystej błony, jaka pozostała w oku po usunięciu zaćmy. Po 2-dniowem używaniu atropinu w powyższy sposób dostala ona gwałtownego obłędu (bezustannie krzyczała, przyczem z łóżka wyskakiwała). 2) 60-letni Irlandczyk cierpiący na zapalenie tęczówki dostał po 3ch dniach zupełnie podobnego obłędu jak powyższa staruszka (ustawicznie widział koło siebie rozbójników itd.). 3) 84-letniemu mężczyźnie w celu usunięcia zaćmy wkroplono rozczyn atropinu; na trzeci dzień również wystąpił u niego obłęd 6 godzin trwający. Z dobrym skutkiem stosowano dla złagodzenia objawów obłędu u chorych chloroform.

Medycyna wewnętrzna.

Ze Zjazdu przyrodników i lekarzów niemieckich w Wiesbadenie.

Prof. Thoma (Dorpat): **O tętniakach tętnicy głównej części jéj piersiowéj i związku ich z miażdżycą.**

Prof. T. przypuszcza dla części piersiowéj aorty dwa rodzaje powstawania tętniaków, a mianowicie: tętniaki z rozszerzenia ścian tętnicy powstałe i tętniaki powstałe z przerwania przynajmniej warstwy wewnętrznej i środkowéj.

Zdaniem T., zmiany, jakie się napotyka w ścianach tętniaków powstałych z rozdęcia, rozszerzania ścian, we wszystkiem zgadzają się ze zmianami, jakie się napotyka w sprawach miażdżycowych ścian tętnic. Warstwa środkowa całego tętniaka jest we wszystkich przypadkach ścieńczała, a przy wszystkich prawie większych tętniakach włóknisto zwyrodniała. Warstwa zaś zewnętrzna i wewnętrzna zastępczo zgrubiałe od bujającej tkanki łącznej. Tętniaki te w ogóle bywają niewielkie i dla tego trudno je na żywym chorym wykazać; występują w rozmaitéj postaci, albo jako *aneur. fusiforme simplex* lub *multiplex*, *aneur. diffusum*, *sacciforme*, *skenoideum*.

Tętniaki z rozdarcia, przerwania powstałe, napotyka się zwykle z rozstąpionemi brzegami rozerwanej warstwy wewnętrznej i środkowéj, ubytek zaś powstały bywa zastąpiony blizną wychodzącą z warstwy zewnętrznéj i sąsiednich tkanek, sterczy ona ku światłu naczyń i zastępuje warstwę wewnętrzną. Postać tych tętniaków jest rozmaita, albo workasta, pojedyncza, albo powstaje przez zlanie się kilku workastych utworów. Wielkość ich może być rozmaita. Często może tego rodzaju tętniak powstać także z przerwania np. urazowego warstwy wewnętrznéj ściany tętniaka z rozszerzenia powstałego. Osobno znowu może się przerwać ściana cała tętniaka z przerwania powstałego, a wtedy nieuniknioną jest śmierć z zakrwawienia się.

Z tego wysnuwa prof. T. następujące wnioski:

Histologiczno patologiczne zmiany w ścianach tętniaków z rozszerzenia powstałych, zgadzają się we wszystkiem ze zmianami, jakie sprowadza sprawa miażdżycowa w ścianach naczyń.

Tętniak z rozszerzenia, rozdęcia powstały zawsze jest połączony z mniéj lub więcéj rozwiniętą miażdżycą tętnic. Rozległa miażdżyca daje się wtedy tylko mikroskopowo wykazać.

Tętniaki z przerwania powstałe z wyjątkiem tych, które z urazu lub zatoru powstały, tworzą się z tętniaków z rozszerzenia powstałych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem wzięli udział pierwsi klinicyści niemieccy; zgodzili się oni prawie we wszystkiem z prof. T., przyczem prof. Biermer dodał jeszcze, że niekiedy tworzy się tętniak z przerwania u młodych ludzi, nadmiernie pracujących, u nasady aorty, w skutek przerwania błony wewnętrznéj, a u których miażdżycy wcale nie ma. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887, Nr. 39). *H. K.*

Sticker (Kolonija): **O zależności wydzielania się soku żołądkowego od śliny.**

Do zbadania zależności wydzielania się soku żołądkowego od wydzielania się śliny dał S. powód następujący przypadek: Kobieta 62 lat licząca skarży się na nieznośną suchość w ustach, męczącą ją dniem i nocą, co chwila musi język i wargi zwilżać. Ponieważ cierpi na cukrówkę, trzyma się ściśle przepisanéj dyjety, a mimo to ma od niedawna suchość w ustach, uczucie gniecenia w żołądku po każdém jedzeniu, niekiedy kurcze jego, odbijanie, stolec zaparty, niekiedy rozwolnienia. Badanie wykazało, że w moczu ani śladu cukru nie ma. W ustroju całym nic nieprawidłowego nie znaleziono. Kwasy, sole potasowe, sól kuchenna, chinin nie skutkowały; treść żołądka metodą Riedla badana w 5 godzin po jedzeniu okazała się nieprawidłową, kawałki mięsa i chleba można było już gołém okiem w niéj widzieć, w przesączu oddziaływanie na skrobię bardzo wyraźne, na peptony słabe, cukier w bardzo małéj ilości obecny. Kwasota dość niska. Symptomatycznie przepisał choréj napar z liści jaborandy (z 3:150) trzy łyżki dziennie: w czwartym dniu chora niezmiernie zadowolona ze swego stanu, w 14 dni potém zupełnie czuje się dobrze, wydzielanie śliny prawidłowéj należyte. Przypady inne ustąpiły, cukru w moczu nie było mimo powrotu do mięszanéj dyjety, a treść żołądkowa znacznie mniéj okazała się nieprawidłową. Że pilokarpin nie działał w tym przypadku wprost na żołądek, nikt nie zaprzeczy, ale pewném jest, że poprawa nastąpiła w każdym kierunku jedynie pod wpływem przywróconego wydzielania się śliny. Przypadek ten skłonił S. do licznych badań w tym kierunku, kazał on niejednemu choremu raz wypluwać wszystką ślinę, drugi raz po jedzeniu ją połykać, za każdym razem trawienie było odmienne, po odjęciu śliny pogorszone, w treści żołądkowéj wydobytéj bardzo silne oddziaływanie na skrobię, zalegające kawałki mięsa, kwasota 0·125% po doprowadzeniu i połykaniu śliny oddziaływanie na skrobię niewyraźne, kwasota

0·25%, płytka białka jaja trawioną była już w 51 minutach. Na podstawie tych i innych wyników widzi się S. uprawnionym do wypowiedzenia zdania, że ślina ma wielki wpływ na wydzielanie się soku żołądkowego skutecznego, tak że brak jéj może sprowadzić zmniejszenie się ilości i jakości soku, a nawet może niewydzielanie się jego sprowadzić, że brak śliny wydzielającéj się przeszkadza nie tylko przemianie ciał skrobiowatych na inne, ale i ciał białkowatych. Do podobnego wniosku doszedł i Wright, który w rozprawie swojéj „O ślinie“ powiada, że ślina podnieca żołądek przez zetknięcie się z nim i pobudza go do żywszéj czynności. (*Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna* 1887, Nr. 297). *H. K.*

β. **Kryształki dychawicowe (Asthmakrystalle).** Lekarz sztabowy Dr. Pfiehl w Hamburgu znajdował stale w plwocinach żołnierza F., który kilkakrotnie musiał być do szpitala przyjmowany dla nadzwyczaj gwałtownego nieżytu oskrzelowego ale bez śladów objawów dychawicy, kryształki Leydenowskie nadzwyczaj wyraźnie ukształcone. Obok tego zawsze znajdowała się w równym stósunku pewna ilość czerwonych ciałek krwi jużto uległych rozpadowi, jużtéż poskurczanych tylko, które skłaniają autora do przypuszczenia, że produkty rozkładowe tych składników krwi, a w szczególności białkany ich biorą udział w tworzeniu się powyższych kryształków. Schreiner wykazał, że kryształki te są połączeniami kwasu fosforowego z jakąś zasadą organiczną; i zarazem nieraz zauważył, że plwociny, które zawierały produkty pochodne tejże zasady, posiadały wyraźną woń nasienia ludzkiego. Otóż tężsamą cechującą woń znalazł autor w badanych przez siebie plwocinach powyższego żołnierza i ztąd można przypuścić, że w wydzielinie (wykrztuszonéj), która okazuje woń tego rodzaju, choćby pochodziła od osób dotkniętych różnemi chorobami płuc, znajdują się ciała pochodne zasady Schreinera, i że w pewnych okolicznościach mogą się także znaleźć t. zw. *Asthmakrystalle*. Przypadek niniejszy zresztą nie narusza wcale prawidła, że Leydenowskie kryształki cechują dychawicę, ale stanowi tylko wyjątek. Autor badał plwociny 855 chorych na płuca w przeciągu 5 lat w szpitalu garnizonowym, ale znalazł raz tylko, właśnie w powyższym przypadku, wzmiankowane kryształki, bez wykazania duszności. (*Deutsche Med. Ztg.*)

Harvey: **Przypadek choroby nerek w skutek użycia terpentyny.** Mężczyzna 56 lat liczący, dotknięty dychawicą oskrzelową, cierpiał od 14 dni zapalenie oskrzeli przewlekłe, przyczém wykrztuszał obfite, śluzowo ropne plwociny. Z tego powodu zażywał olejek terpentynowy i to co 4 godziny po 10 kropli na cukrze. Już w krótkim czasie chory czuł znaczne polepszenie, nie tylko bowiem zmniejszyła się duszność, ale i wykrztuszanie prawie w zupełności ustało. Ale już po trzech dniach zachorował na silne bóle w okolicy lewéj nerki, które się rozpromieniały ku miednicy sięgając aż do lewego uda, równocześnie wystąpiło moczenie krwawe. Natychmiast przerwano dalsze leczenie tym olejkiem, zastosowano ciepłe okłady na lewą okolicę nerkową i podano wewnętrznie makowiec. Przy tém leczeniu osiągnięto szybkie polepszenie i zupełne ustąpienie zboczenia nerek. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że w tym przypadku terpentyna była przyczyną silnego nawału krwi do nerki lewéj, który wywołał wyżéj wymienione groźne objawy. Tak więc przypadek ten poucza, z jaką uwagą i oględnością powinien lekarz postępować przy podawaniu pewnych leków do wewnętrznego użycia. (*Brit. med. Journ.* 1887, Nr. 1361). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

E. Legrain: **Związek zachodzący między gonokokami a elementami cieczy rzeżączkowéj.**

Rozmaitość i sprzeczność zdań wypowiedzianych przez różnych badaczy co do stosunku gonokoków do części składowych cieczy rzeżączkowéj skłoniła autora do poszukiwań w tym kierunku, które doprowadziły do następujących wyników:

W samych początkach zakażenia pierwsze krople zawierają wśród ciałek wypocinowych wielką ilość komórek przybłonkowych, które przepełnione są gonokokami, podczas gdy ilość mikrobów w ciałkach ropnych zawartych jest bardzo nieznaczną. Koło drugiego dnia po ukazaniu się rzeżączki można stwierdzić, że ilość komórek przybłonkowych maleje, a ilość ciałek ropnych, zawierających gonokoki, wzrastać poczyna, przyczém autor zauważył, że wśród grupy ciałek niezajętych przez mikroby zawsze się znajdowało kilka zawierających gonokoki w niejednostajnéj ilości i ułożonych obok siebie; ilość zawartych w każdém ciałku gonokoków wskazywała, że one zostały zakażone nie jednocześnie, gdyż w jednem naprzykład zawierało się 12, w sąsiedniém 23, w trzeciém 80 itd., z czego autor wnosi, że ciałka lub komórki zarażają się *per contagium*. Zmiana nagła, jaką w składzie swym okazuje wydzielina, dowodzi szybkości przechodzenia gonokoków w głąb błony śluzowéj.

W cieczy saméj mikroby znajdują się tylko tak długo, ile potrzebują czasu, aby przejść z jednéj komórki do drugiéj, zresztą w niéj się nie rozwijają i nie mnożą, jeżeli bowiem L. ciecz żołądkową badał pod mikroskopem ostrożnie, bez uszkodzeń ciałek ropnych, to znajdował nadzwyczaj mało wolno pływających w niéj gonokoków. Co się tyczy samych ciałek ropnych, to one ulegają pewnemu zwyrodnieniu, przyczém jądra ich obrzmiewają a w pierwoszczu powstaje mnóstwo wakuoli.

W rzeżączce chronicznéj stosunki są odmienne. Przedewszystkiém w wydzielinie mało jest ciałek ropnych, a mikroby znajdują się w przeważnéj liczbie w komórkach przybłonkowych. Ile razy rzeżączka chroniczna przybierała na nowo cechy ostréj, np. przez używanie napojów wyskokowych, ciecz stawała się do ropy podobną i zawierała wiele ciałek ropnych, lecz L. nie widział w tychże gonokoków; natomiast wszystkie gonokoki znajdowały się w komórkach przybłonkowych; na podstawie tego autor wnosi, że zapalenie, które w przebiegu rzeżączki chronicznéj usadowiło się na powierzchni, już głębiéj nie postępuje. Twierdzenie Jamina, jakoby istniało kilka rodzajów gonokoków różnych od siebie kształtem i wielkością, zbija autor tłumacząc tę różnicę wielkości niejednostajném działaniem barwików. Aby tego uniknąć, barwił L. roztworem wyskokowym fuksyny, która ma działać szybko i jednostajnie bez względu na to, czy mikrob znajduje się w cieczy lub w ciałku ropném i oznaczył średnicę mikroba na 0·0005mm. (0·5μ). Naokoło każdego mikroba w ciałkach lub komórkach znajduje autor obwódkę przeźroczystą, bezbarwną, podobnie jak u pneumokoków, którą uważa jako skutek zmiany w protoplasmie przez pasorzyt spotrzebowanéj.

Wreszcie tłumaczy autor znikanie gonokoków przy ustępowaniu choroby przypuszczeniem, że generacyje mikrobów stają się coraz słabsze przez to, że znajdują grunt, na którym się rozwijają coraz gorszy, coraz bardziéj wycieńczony przez generacyje poprzedzające. (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, Nr. 6, str. 233—248). *A. B.*

Reinhard (Hala): **O leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań kalomelu według Neissera.**

Wiadomo, że niedawno prof. Neisser zrehabilitował dawniéj porzucony kalomel, jako bardzo się nadający do leczenia kiły w postaci podskórnych wstrzykiwań. Tém prędzéj mu się to udało, gdy wykazał, że jedynie niewiadomość

nasza, w jakim płynie mamy kalomel wstrzykiwać, jest powodem nieprzyjemnych powikłań (ropnie i bóle w okolicy wstrzyknięcia); przekonał się bowiem w szeregu swoich doświadczeń, że nawet gliceryna użyta jako nosidło kalomelu nie jest dla tkanek obojętnym płynem; to skłoniło go do użycia ku temu celowi rozczynu soli kuchennéj. Sól okazała się jednak także nie całkiem niewinną, miał bowiem po niéj 6·2% ropni. Brak mikroorganizmów w ropie wypuszczonéj słusznie kazał mu przypisywać winę ich powstawania niedostatecznéj technice. Niezadowolony ze soli kuchennéj, zwrócił się do oliwy jako nosidla zawiesinowego (*Suspensionsvehikel*), przyczém nie wstrzykiwał już leku pod skórę lecz robił wstrzykiwania głębokie w okolicy mięśni pośladkowych. Ponieważ wyniki Neissera były świetne, zaczął także R. po ogłoszeniu tychże przez samego Neissera i Hartunga wstrzykiwać swoim chorym kalomel w oliwie. Wyniki, jakie otrzymał, każą mu taki sam o téj metodzie wydać sąd, jaki już wymienieni syfilidologowie wydali; R. leczył wstrzykiwaniami z kalomelu w oliwie, głęboko w okolicy mięśni pośladkowych robionemi, 30 chorych; wszyscy razem dostali 104 wstrzykiwań; dwudziestu jeden z nich było dotkniętych zwykłemi postaciami kiły wtórorzędnéj, obrzękami gruczołów, wysypką plamistą lub guzkową, liszajcem głowy (*impetigo*), wypadaniem włosów, *plaques muqueuses*, klykcinami sączącemi, łuszczycą dłoniową itp., dostali oni 85 wstrzykiwań, reszta dziewięciu dostawała wstrzykiwania jako leczenie następowe; ci ostatni dostawali co 4 tygodnie 0·1 kalomelu podskórnie, pierwsi co tydzień raz lub z początku po dwa wstrzykiwania a późniéj tylko po jedném z rozczynu 1·0 kalomelu *vap. parat.* na 10·0 *Ol. oliv.* Wyniki były niespodziewane. W niektórych przypadkach zmiany już w drugim tygodniu, a więc po jednorazowém wstrzyknięciu, ustępowały, a z niemi i przygnębienie umysłu. Najczęściéj już po czwartém wstrzyknięciu zmiany znikały zupełnie. Dla chorych więc i dla lekarzy specyjalistów jest ten sposób leczenia bardzo wygodny, bo w godzinie ordynacyjnéj bardzo wiele wstrzykiwań robić można. Z 104 wstrzykiwań raz tylko utworzył się ropień prawdziwy, cztery razy zaś zropienie samego tylko przewodu ukłucia, wydostało się z niego zaledwo parę kropel ropy; mimo to wstrzykiwania daléj robiono. Po 37 wstrzykiwaniach za to skarżyli się chorzy na bóle, a więc 35·4%, nie były one jednak tak znaczne, aby w zwykłém zajęciu chorym przeszkadzały. Siedmiu zaledwie chorych dostało zapalenia dziąseł rtęciowego, z przebiegiem bardzo łagodnym. Dla usunięcia bólów wystarczył spokój i zimne okłady; zaleca też R. w końcu wszystkim kalomel, dodając jeszcze opis, jak wstrzykiwania robić należy, chcąc dobre wyniki osiągnąć. Okolicę odnośną zmywa się najpierw eterem a potém mydłem i wodą karbolową, wbija się szybko i głęboko strzykawkę napełnioną czystą oliwą, poczém wstrzykuje się świeżo naciągnięta strzykawka zawiesiną kalomelową przez tkwiącą w skórze igłę a na to jeszcze znowu trochę oliwy czystéj, aby kalomel do przewodu ukłucia cofnąć się nie mógł. W ten sposób postępując nie otrzymuje się ani ropnia ani zropienia przewodu ukłucia. Po wyjęciu igły zalepia się otworek rozczynem jodoformu z kolodyjum. Chorym kazał się R. dobrze odżywiać, nie pić dużo napojów wyskokowych a nadto dla szybszéj przemiany kalomelu w sublimat kazał im codziennie brać łyżeczkę soli kuchennéj. Jeśli po używaniu soli występowała biegunka, zakazał jéj używać. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 41).

H. K.

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofmann: **Lehrbuch der gerichtl. Medicin.** IV Auflage. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1887.

Byłoby rzeczą zbyteczną rozwodzić się nad znaczeniem i wartością dzieła, które w ciągu lat kilku doczekało się czterech wydań, pomijając już tłumaczenia na inne języki, jak np. na francuski. Fakt ten jest aż nadto wymownym. Poprzestajemy dla tego tylko na porównaniu wydania niniejszego z poprzedniém. Jest ono istotnie „pomnożone i poprawione“; objętość jego znów wzrosła (z 976 stronnic do 1018), a ryciny oryginalne, ozdabiające dzieło, są liczniejsze aniżeli w poprzedniém (o 18). Wielkato zasługa autora, że idzie krok w krok za postępem nauki, zwracając uwagę swoją na wszystkie prace, które pojawiły się od czasu ogłoszenia ostatniego wydania, a które odnoszą się wprost do medycyny sądowéj lub przynajmniéj pośrednio z nią mają jakiś związek. Ztąd też każdorazowe wydanie jest wierném odzwierciedleniem stanu i postępu nauki aż do chwili, w któréj druk książki się rozpoczyna, a literatura wszędzie podaną jest wiernie, bo zaczerpnięta z pierwszéj ręki, bo też autor pomimo wybitnego stanowiska, które zajmuje, a raczéj właśnie z powodu swego stanowiska, gdyż *noblesse oblige*, nie gardzi zapoznawaniem się z pracami, które przytacza. Znaczny materyjał, którym autor rozporządza w Wiedniu, a który potrafił zjednoczyć w ręku swoim, samodzielne doświadczenia, które robić ma sposobność, nadzwyczajne zamilowanie nauki, którą tak świetnie reprezentuje, złożyły się na to, że dzieło jego prześcignęło wszystkie dawniejsze podręczniki, i w tym lub owym języku znajduje się w rękach lekarzy sądowych z téj i tamtéj strony Oceanu, i zapewne przez czas długi trzymać będzie prym pomiędzy podręcznikami. Wielce przyczyniają się do tego często po sobie idące wydania nowe, które, pomimo szybkiego w naszych czasach postępu nauki, nie dopuszczają, aby wyborne to dzieło uległo przestarzeniu!

Prof. Blumenstok.

Lenhartz, Marchand: **Przyczynek do nauki o otruciu chloranem potasowym.**

Szybko ogłasza się obecnie spostrzeżenia ważne, a niemniéj szybko podąża za ogłoszeniem — sprostowanie lub zaprzeczenie. Docent lipski Dr. L. prostuje wnioski, do których doszedł Bokai w ślad za Stokvisem, a o których zdaliśmy sprawę w Nrze ostatnim Przeglądu Lek. Robił on doświadczenia na psach i za pomocą chloranu sodowego i dowodzi, że methemoglobina tworzy się u zwierząt zatrutych chloranami już za życia i że w obec braku wszelkich innych zboczeń tę ciężką zmianę krwi uważać należy za przyczynę śmierci, — a więc dochodzi do wniosku wręcz przeciwnego, jak Bokai. Spostrzegłszy już dawniéj, że u zwierzęcia zatrutego już na godzinę przed jego śmiercią we krwi odjętéj wykazać można methemoglobinę, szukał za pomocą przyrządu widmowego w krążącéj w uchu krwi psa otrutego smugi na polu czerwoném i widział ją i demonstrował, jakkolwiek rzeczywiście w uchu królika, podobnie jak Bokai, odnaleźć jéj nie mógł. Szczegóły bliższe poda w rozprawie wkrótce ogłosić się mającéj. (*D. med. Woch.*, 1887, Nr. 43)

W następnym numerze tego samego dziennika Marchand powstaje znów przeciw Bokaiowi i Lenhartzowi; przeciw pierwszemu dla tego, że w pracy swéj pierwszéj z r. 1879 podał wyraźnie, że robił doświadczenia na psach a w skutek zarzutów Stokvisa powtórzył swe doświadczenia i na kotach i doszedł do wniosku, że u zwierząt mięsożernych pod wpływem chloranów tworzy się methemoglobina za życia,

podczas gdy u roślinożernych (królika, świnki morskiéj) w rzeczy saméj przeobrażenia barwika krwi za życia wykazać nie można. Pracę tę późniejszą i rozleglejszą ogłosił M. w *Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmak.*, t. XXII i XXIII. Lenhartzowi zarzuca, że niepotrzebnie przeprowadza dowód, iż u psów methemoglobinę za życia wykazać można za pomocą badania spektralnego, bo o wiele łatwiéj już wolnem okiem rozpoznać można charakterystyczne zabarwienie krwi krążącéj w naczyniach. Natomiast wypadałoby jeszcze wytłumaczyć, dla czego krew inaczéj się zachowuje u mięsożernych a roślinożernych.

Sądzimy, że w sprawie téj powstało niepotrzebne pomięszanie, pochodzące zapewne tylko z mnogości czasopism lekarskich, dla któréj nie podobna prawie znać każdemu wszystko, co ogłoszoném zostaje, a następstwem takiego przeoczenia jest, że opracowuje się nieraz kwestyję już przez innego opracowaną i że ostatecznie wywołuje się tylko sprzeczki i zamęt. *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 października 1887 roku.

Przewodniczący doc. Pieniążek. Obecnych członków 25.

Kol. Obaliński opowiedział przypadek dotyczący kobiety 30-kilkoletniéj cierpiącéj od lat kilku na chroniczne zaparcie żywota, u któréj w początkach sierpnia b. r. przystąpić musiał do laparotomii z powodu wzmożenia się owych przypadów, w przypuszczeniu zwężenia jelita. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono guz w okolicy kątnicy (przemieszczonéj na środek i nieco ku stronie lewéj) wielkości dwóch pięści o powierzchni nierównéj guzowatéj twardy z tylną ścianą zrośnięty i z licznemi do około powiększonemi gruczołami. Jelita cze i biodrowe znacznie rozdęte. W przeświadczeniu, że ma przed sobą niewątpliwie guz rakowaty i to niekwalifikujący się do wycięcia, założył kol. O sztuczną odbytnicę wszywając część jelita biodrowego na 15 cm. powyżéj guza położonego w ranę brzuszną. Po licznych wypróżnieniach ową sztuczną drogą zaczęły się pojawiać stolce i naturalną, a z końcem 4go tygodnia zarosła się zupełnie sztuczna odbytnica, przyczém skonstatowano, że ów duży guz w jamie brzusznéj prawie zupełnie znikł, tak iż nie bez słuszności o rakowatéj budowie owego guza powątpiewać, a tylko złudne ukształtowanie się wytworów chronicznego zapalenia kątnicy podejrzywać zaczęto. Obecny stan choréj jest dobry, stolce regularne, niebolesne i tylko drogą prawidłową.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Rosner, że czasem nagromadzenie kału może dać powód do pomięszania z guzem nowotworowym, że jednak pomyłkę taką wykluczyć musi tam, gdzie chirurg otwarłszy jamę brzuszną dokładnie o stanie rzeczy mógł się przekonać. Kol. Trzebicky wspomina przypadek, gdzie z powodu raka odbytnicy musiał zrobić *anus praeternaturalis*, a po pewnym czasie stolce znów naturalną drogą odchodzić zaczęły. Kol. Korczyński podnosi, że lekarz czując guz w jamie brzusznéj jest uprawniony uważać go za guz nowotworowy, gdyż po największéj części tego rodzaju guzy tam się pojawiają, że jednak świadom być winien możności pomyłki, która choć rzadko trafić się może. Na poparcie przytacza liczne przykłady, zwłaszcza guzów w okolicy odźwiernika, gdzie bądźto uzasadnione rozpoznanie raka nie potwierdziło się, bądźteż gdzie na zasadzie poprzedniego doświadczenia mimo cech raka potrafił w rozpoznaniu pomyłki uniknąć. Kol. Rydygier podnosi, że Lauenstein zwrócił już uwagę, że zdarzają się guzy na tle zapalném powstałe, które za nowotworowe uchodzą i zgadza się, że guz kol. Obalińskiego zapalnéj musiał być natury. Z powodu słabości sekretarza

Dr. Pieniążek.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

Ullmann (Wiedeń): **Przyczynek do ocenienia wartości szczepienia ochronnego człowieka metodą Pasteura.**

Począwszy od czerwca 1886 r. szczepił U. w klinice prof. Alberta 122 osób pierwotną metodą Pasteura przeciw wściekliźnie, tj. raz na dzień codziennie przez 10 dni. Szczepił on jedynie te osoby, które się mogły należycie wykazać świadectwami, że ukąszone zostały przez psy wściekle. Z 122 szczepionych umarło 3, t. j. 2·4%. Między tymi 122 szczepionymi było 30 takich, u których doświadczalnie wykazano, że psy były wściekle, albo że inne osoby przez te same psy ukąszone a nieszczepione na wściekliznę umarły; 32 było takich, u których weterynarze orzekli, że psy były chore i zginęły na wściekliznę, przez sekcyję stwierdzoną, u 46 weterynarze nie widzieli psa za życia jego, tylko sekcyją wściekliznę stwierdzili, 14 znowu było przypadków, w których nawet sekcyja nie mogła na pewne rozstrzygnąć, czy zwierzę zginęło na wściekliznę, a o nią tylko podejrzywać można było. Wszystkie trzy przypadki śmierci należą do grupy przedostatniéj. Wiadomo, że Pasteur uważa za najzłośliwsze rany kąsane na głowie lub twarzy; U. miał takich szczepionych 14, z tych dwóch umarło, trzeci należał do grupy najczęstszych ukąszeń, t. j. ramienia; takich było 72. Ukąszonych przez odzież było 21, z tych żaden nie umarł, reszta 101 była ukąszoną w nagie ciało, do nich należą wszystkie trzy przypadki śmierci mimo szczepienia. Dość przychylnie wyraża się Pasteur o przyżeganiu wczesném rany zadanéj przez wściekłego psa. U. chcąc osobiście przekonać się o skuteczności tego postępowania, wstrzykiwał zwierzętom podskórnie jad wścieklizny i w różnych odstępach czasu przyżegał ranę kamieniem piekielnym lub kwasem azotowym dymiącym. Wszystkie zwierzęta w ten sposób badane zginęły na wściekliznę, którą u nich wykazano przez przeszczepienie aż do czwartego i piątego pokolenia. Tylko dwa zwierzęta, u których ranę natychmiast przypalił sposobem Paquelina, zostały przy życiu. U 104 szczepionych upłynęło już 6 miesięcy od ostatniego szczepienia, okres więc wylęgania się jadu już minął, a objawów wścieklizny nie ma; z nieszczepionych poumierali niektórzy już w 10 tygodni po ukąszeniu. U. oświadcza się na podstawie takich wyników stanowczo za Pasteurowską metodą ochronnego szczepienia wścieklizny. (*Wien. med. Blätter* 1887 Nr. 40). *H. K.*

---

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Bernie morawskiém d. 24 października odbytém referent sanitarny Dr. Schöffl zdał sprawę z obecnego stanu organizacyi służby zdrowia na Morawie. Kraj cały podzielony jest na 400 gmin i dystryktów sanitarnych, z których tylko 11 jeszcze nie jest obsadzonych; 389 lekarzy gminnych pobiera rocznie sumę 166,300 złr. (średnio więc wypada na jednego 427½ złr.). Skutki zbawienne nowéj instytucyi są aż nadto widoczne; epidemije zmniejszają się wszędzie, zatajania chorób zaraźliwych, skarg o brak pomocy lekarskiéj itd. coraz mniéj. Ale jest i odwrotna strona medalu. Cała instytucyja stanie się iluzoryjną, jeżeli się zawczasu nie zaradzi brakowi lekarzy, coraz bardziéj na prowincyi czuć się dającemu. Z 320 posad dystryktowych *203* obsadzone są chirurgami a tylko 117 doktorami medycyny. W ostatniém dziesięcioleciu atoli liczba chirurgów zmniejszyła się o 113, a przybyło tylko 58 doktorów medycyny, a więc liczba lekarzy zmniejszyła się o $^1/_6$; chirurgów nie przybywa więcéj, a z doktorów mało kto decyduje się osiąść na wsi i ztąd też pochodzi,

że obecnie po kilkakroć rozpisuje się konkursy na posady wiejskie bez skutku, pomimo podwyższenia płacy. Temu brakowi nie zaradzi większa frekwencyja na wydziałach lekarskich, bo młodzi lekarze zawsze garną się do miast. Wykładający nie umie też podać wniosków dodatnich.

Wykład ten byłby bardzo pouczający dla tych, którzy cyframi dowodzą braku lekarzy u nas, a nie liczą się ze stosunkami ludności z jednéj, a lekarzy z drugiéj strony.

○ Pojawiła się broszurka pod tyt.: Sprawa wodociągowa krakowska jako odbitka szeregu artykułów pomieszczonych w *Czasie*. Autor dobrze obeznany ze sprawą zakładania wodociągów i z ich znaczeniem oraz ze stanem dzisiejszym sprawy wodociągów krakowskich przedstawił sprawę jasno, wszechstronnie i dostępnie dla szerszéj publiczności w formie odpowiedzi na 5 pytań: 1) Co to jest dobra woda: ile jéj dla Krakowa potrzeba i jaka jest obecnie woda krakowska? 2) Jakie ma znaczenie zaopatrzenie Krakowa w dobrą i obfitą wodę? 3) Zkąd wziąć potrzebnéj dla Krakowa wody? 4) Czy Kraków jest w stanie już teraz zapewnić sobie dopływ porządnéj wody? 5) Jaki jest obecnie stan robót przygotowawczych do wodociągów?

Nie będziemy tu wchodzili w szczegółowy rozbiór tych odpowiedzi, które autor wszędzie uzasadnia wymownemi cyframi, opiera na naukowych podstawach a stwierdza doświadczeniami z miast innych zaczerpniętemi; pospieszamy tylko zwrócić na tę broszurkę uwagę wszystkich, którym dobro miasta naszego leży na sercu lub od których ono zależy; nie wątpimy, że po przeczytaniu jéj zniknie wiele uprzedzeń do téj ze stanowiska sanitarnego pilnéj u nas sprawy a wiele mylnych zapatrywań rozjaśnionych zostanie, nawet co do finansowéj zdolności naszego miasta podjęcia już teraz sprawy podobnéj doniosłości. Sądzimy, że po takiém przedstawieniu rzeczy, za które się autorowi wdzięczność należy, a które wśród mieszkańców naszego miasta, jak nam wiadomo, wzbudziło zainteresowanie się sprawą, rychło już ta sprawa z okresu przygotowań zejdzie na tory wykonania i nie trafi jéj zarzut, jak się to niedawno stało, iż jest jeszcze do rozstrzygnięcia nie dojrzałą.

○ Bertillon ogłasza ciekawy przyczynek do stosunkowéj częstości niektórych chorób zakaźnych w różnych krajach europejskich. Według jego dochodzeń: 1) Dur jest częstszym we Francyi niż w Anglii, Holandyi, Szwajcaryi, Niemczech i w Ameryce; 2) Ospa rzadko się wydarza w Niemczech, Anglii, Skandynawii, Ameryce, we wszystkich krajach, gdzie zaprowadzono przymus szczepienia; częstą jest za to w krajach monarchii austryjacko-węgierskiéj, w Rosyi, we Włoszech, Hiszpanii i Francyi (ciężka epidemija ospy w Marsylii); 3) Płonica jest rzadszą we Francyi niż w Anglii i Ameryce, częstą w Niemczech i miastach nad morzem północném; 4) Koklusz częściéj się przydarza w miastach angielskich niż w francuskich; 5) Błonica występuje łagodniéj w Anglii niż w Niemczech i we Francyi, gdzie Marsylija najcięższéj błonicą dotkniętą została. (*Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*),

○ Kreolin nowy środek desinfekcyjny. Firma Wiliam Pearson i Sp. w Hamburgu wprowadza w handel ten nowy środek, który jak karbol jest produktem smoły, przewyższa atoli karbol skutecznością i licznemi przymiotami, a mianowicie iż jest bezwzględnie nietrującym, nieżrącym i niewalającym, a nadto rozpuszcza się w wszelkiéj ilości rychło i łatwo w wodzie i w wyskoku. Czynione próby z kreolinem wykazały powyższe jego przymioty, które wraz z taniością zjednają mu zapewne wkrótce szerokie zastósowanie jako środkowi przeciwgnilnemu w chorobach, środkowi odwietrzającemu i czyszczącemu powietrze po domach i stajniach, wychodkach itd., jako środkowi przeciwpasorzytnemu w chorobach pasorzytniczych zwierząt i ludzi jako wreszcie środkowi do napajania drzewa budowlanego i przeciw grzybowi drzewnemu. Znaczna rozpuszczalność i o wiele przyjemniejsza woń kreolinu niż karbolu, chloru itd. stanowią wielkie zalety tego nowego środka. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 19).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow Lek. po załatwieniu spraw administracyjnych prof. Rydygier przedstawił pod mikroskopem i w hodowlach okazy różnych grzybków chorobotwórczych, a następnie prof. Adamkiewicz preparat anatomiczny podstawy czaszki z choréj dotkniętéj porażeniem w skutek nowotworu rakowatego usadowionego na dnie czaszki, a którą za życia na jedném z poprzednich posiedzeń przedstawił.

Dziś rozpoczynają się egzamina fizykackie pod przewodnictwem protomedyka Biesiadeckiego. Do egzaminu zgłosiło się w tym terminie 3 kandydatów.

* W Obertynie opróżnioną jest posada lekarza. Bliższe szczegóły udzieli zgłaszającym się prof. Dr. Korczyński.

* Z *Przeglądu Weterynarskiego* dowiadujemy się, że w roku bieżącym zapisało się do lwowskiéj szkoły weterynaryi 10 Bułgarów, z których 8 jest stypendystów, kształcących się kosztem Rządu bułgarskiego, dwóch zaś utrzymuje się z własnych funduszów. Studenci bułgarscy doznali w szkole życzliwego przyjęcia tak ze strony profesorów jak uczniów.

* U Bergmanna w Wiesbadenie wyszło dziełko p. t.: *Meine Erlebnisse. Von Ferdinand Arlt.* Jestto autobijografija, napisana w ostatnim roku życia w skutek zachęty prof. Beckera. Dziełko to ozdabiają 2 fotogramy zmarłego i podobizna listu jego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** W skutek przejścia w stan spoczynku prof. Wagnera rozpisano konkurs na posadę profesora kliniki lekarskiéj. Jako kandydatów wymieniają: proff. Purjesza i Bokaia, z Klausenburga, proff. Kétlego, Müllera, Stillera i Högyesa z Pesztu. — **Kiel.** Katedrę anatomii opisowéj po Panschu otrzymał docent Dr. hrabia Spee. — **Santjago** z Chili. Asystent przy katedrze fizyjologii w Würzburgu Dr. Landwehr mianowany został profesorem fizyjologii i wyjechał już do Chili. — **Getynga.** Prof. Schwartz, dyrektor kliniki ginekologicznéj, przechodzi w stan spoczynku. — **Berlin.** Docenci prywatni i przełożeni oddziałów w zakładzie fizyjologicznym Drowie Gad i Kossel mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi. — Proff. Henoch i Westphal odzyskawszy zdrowie rozpoczęli znow wykłady swoje. — **Petersburg.** W zakładzie klinicznym W. X. Heleny Pawłówny potwierdzeni zostali: prof. Anrep jako profesor medycyny sądowéj i toksykologii a Drowie Nikitin i Tiling jako docenci laryngologii i chirurgii.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł profesor terapii szczegółowéj tajny radzca Dr. Mering (urodzony w r. 1822 w Dohna pod Dreznem, uzyskał w r. 1845 stopień doktora w Lipsku, w r. 1851 w Dorpacie, mianowany w r. 1854 nadzw. profesorem medycyny rządowéj a w r. 1858 zwyczajnym profesorem kliniki lekarskiéj).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 44: Drzewieckiego: Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Wróblewskiego: Grużlica gardzieli (c. d.); Zalewskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Drzewieckiego: O chlorku amonu jako środku do wdechań w cierpieniach dróg oddechowych. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Perkowskiego: Niemoc płciowa i jéj leczenie.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa; Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Wróblewskiego: Grużlica gardzieli (c. d.); Zaleskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 45: Watraszewskiego: O podskórném stósowaniu nierozpuszczalnych związków rtęci przy leczeniu przymiotu; Drzewieckiego: Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu (c. d.); Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. MASSELON: L'ophthalmoscope Helmholtz-Wecker, Gand 1887 in 8vo str. 13.

Joseph ATLASS: Ueber Senegin Dorpat 1881 in 8vo str. 80.

H. PAUDER: Beiträge zur Chromwirkung, Dorpat 1887 in 8vo str. 85.

G. WILENZ: Farmakologo-eksperim. izsliedowania salolow, naftola i o oksinftowoi kisloty. Petersburg 1887 in 8vo str. 101.

Dwie pierwsze rozprawy są to dysertacyje na stopień doktora medycyny, trzecia na stopień magistra weterynaryi; we wszystkich trzech jednym z oponentów był rodak nasz Docent St. Szcz. Zaleski.

Dziewiąte sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1886, skreślił Dr. Bolesław WICHERKIEWICZ, Poznań 1887, in 8vo str. 44.

Dr. BIERNACKI: O własności środków przeciwfermentacyjnych wzmagania i wstrzymywania fermentacyi wyskokowej. (Z pracowni prof. Tumasa) (Odbitka z Pamiętnika lek.) Warszawa 1887, in 8vo str. 54.

Dr. R. TRZEBICKY: O gastroenterostomii (Odbitka z *Medycyny*) Warszawa, 1887 in 8vo str. 13).

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie w poniedziałek dnia 14 listopada b. r. w sali Akademii Umiejętności o godzinie 5éj popołudniu posiedzenie, na którém nastąpi wybór prezesa.

Sz. Członkowie Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego chcący obejrzeć miejski zakład desinfekcyjny w Krakowie raczą przybyć **w dniu 12 listopada b. r. t. j. w sobotę o 11éj przed południem do realności miejskiéj na Dajworze.**

Zakład desinfekcyjny znajduje się nad samym brzegiem Wisły w prostém przedłużeniu ulicy Starowiślnéj a można do niego dojechać także koleją konną, wysiadajac przy moście Podgórskim, zkąd już bardzo blisko do Dajworu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 19 Listopada 1887. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

Praca niniejsza zawdzięcza swój początek życzeniu mego czcigodnego przełożonego prof. Hlavy, abym na podstawie materyjału w tutejszém muzeum i przypadków bieżących opracował temat powyższy z głównem uwzględnieniem różnic histologicznych, jakie przy zapaleniach śródmiąższowych wątroby napotykamy. W kwestyjach, które na podstawie samego badania histologicznego dotyczącego przypadku nie dały się rozstrzygnąć, musiałem się udać na drogę eksperymentu. Tak cyfra przypadków obdukowanych w tutejszym Zakładzie, jakoteż ilość wykonanych eksperymentów nie jest imponującą, ale też za to starałem się tém więcéj wyzyskać każdy przypadek używając przytém metod, jakie dzisiaj w technice mikroskopowéj za najlepsze są uznane.

A) Marskość zanikowa i przerostowa.

Jak we wszystkich organach miąższowych, tak i w wątrobie, według zgodnego zdania autorów, siedzibą i punktem wyjścia dla spraw chroniczno-zapalnych i nowotwórczych jest tkanka podstawowa (*Stützgewebe*) tegoż organu, czyli torebka Glissona z wszystkiemi swemi rozgałęzieniami, miąższ zaś ma się zachowywać zupełnie biernie. Tylko Ackermann [1]) czyni pod tym względem wyjątek i za punkt wyjścia marskości zanikowéj Laënneca uważa pierwotne zwyrodnienie obwodowych części zrazików, a jako odczyn na to przeobrażenie wsteczne komórek wątrobowych przyjmuje sprawę zapalną w tkance łącznéj okołobramnéj.

Panuje daléj między autorami zupełna zgoda, że cała sprawa marskości odbywa i rozpoczyna się na obwodzie zrazików, czyli w przestworach bramnych wzdłuż rozgałęzień żyły bramnéj. Sabourin [1]) zaś, a z nim i inni autorowie francuscy (np. Cornil i Ranvier [2]) początek zmian zapalnych i produktywnych odnoszą do rozgałęzień żył wątrobowych, z których dopiero późniéj sprawa ta przenosi się na tkankę łączną okołobramną. Topograficzne stosunki nowopowstającéj tkanki łącznéj skłoniły Sabourina [3]) do podania osobnéj własnéj teoryi co do budowy histologicznéj zrazika wątrobowego. Zrazikiem wątroby (*acinus, lobulus, ilôt*) dla niego jest część miąższu ugrupowana około przewodu żółciowego międzyzrazikowego (autorów), a między najbliższemi żyłkami środkowemi (*venulae centrales*); co zatém dla wszystkich innych autorów jest środkiem zrazika, to dla Sabourina jest tylko punktem obwodowym jego zrazika; odwrotnie zaś przestwór międzyzrazikowy autorów jest dla niego punktem środkowym jego zrazika. Główną podstawę swéj teoryi upatruje autor w téj okoliczności, że wyspy miąższu zachowanego a otoczonego ze wszech stron tkanką łączną nie odpowiadają temu, co autorowie nazywają zrazikiem, ale przeciwnie są czémś wprost przeciwném ze względu na normalne zraziki, bo na obwodzie ich znajduje się żyła wątrobowa, a w środku kanał bramny. Jeśli w ogóle w środku takiéj wyspy cirrhotycznéj coś znajdujemy, to według Sabourina nie jestto nigdy *venula centralis*, tylko gałązka żyły bramnéj z przewodem żółciowym i tętnicą międzyzrazikową. Proponuje dla tego dla marskości zanikowéj nazwę *Cirrhose centrale rayonnante ou intralobulaire rayonnante.*

[1]) *Ueber atrophische u. hypertrophische Lebercirrhoose Virchows Archiv* t. 80.

[1]) *Du rôle que joue le systeme veineux sushepatique dans la topographie de la cirrhose du foie. Revue de méd.* juin 1882. — [2]) *Manuel de histologie pathologique.* — [3]) *Anatomie topographique du foie de l'homme. Le Progrès médical.* 6 *Janvier* 1882.

Dla wszystkich innych autorów *cirrohsis monolobularis* zawdzięcza swój początek nowowytworzonéj tkance łącznéj otaczającéj rozgałęzienia żyły bramnéj międzyzrazikowe, *cirrhosis* zaś *multilobularis* powstaje wtenczas, jeśli tylko niektóre gałązki międzyzrazikowe lub przedzrazikowe służyły za punkt wyjścia dla owych pierścieni łącznotkankowych. Przypuszczenie Ackermanna, że obszar tętnicy wątrobowéj, nie zaś żyły bramnéj, jest początkiem bujającéj tkanki łącznéj, nie ma wpływu na stosunki topograficzne téj tkanki, bo oba te naczynia przebiegają obok siebie w przestworach, które uważamy za granicę pomiędzy pojedynczemi zrazikami.

Znaczniejsze różnice i niepewność występują u autorów przy rozróżnianiu różnych postaci anatomicznych marskości. Od czasu, gdy postawiono hypotezę, że wątroba w pierwszym okresie marskości zanikowéj musi być zwiększona z powodu przekrwienia i wypociny w pochewce Glissona, śledzono makroskopowe zachowanie się tego organu tak wśród obserwacyj klinicznych, jakotéż na stole sekcyjnym. Na podstawie tych spostrzeżeń oddzielił w r. 1857 Todd [1]) właściwą postać marskości, która tém się różni od marskości zanikowéj Laënneca, że organ mimo innych własności właściwych téj marskości nie tylko do końca życia nie zmniejsza swéj objętości, lecz się znacznie nawet zwiększa. Jako objaw cechujący tę chorobę podano wybitną żółtaczkę a brak puchliny brzusznéj.

Hanot [2]) był pierwszym, który nadał téj postaci marskości podstawę histologiczną i nazwę: *Cirrhose hypertrophique avec ictère*, a jeszcze przed tym autorem Hagern [3]) zauważył w téj chorobie bujanie zapalne tkanki łącznéj nie tylko około zrazików, ale i w zrazikach samych.

Dopiero Charcot i Gombault zdefinijowali histologicznie marskość przerostową i podali histogenezę całéj sprawy. Według Charcota [4]) jestto rozlane, do całego organu odnoszące się, zapalenie przewodów żółciowych międzyzrazikowych, z których nastaje nowotworzenie tkanki łącznéj i nowych przewodów żółciowych na koszt zanikającego miąższu (*Angio-* i *periangiocholitis productiva*). Ten dośrodkowy kierunek, w jakim na obwodzie zrazików odbywa się nowotworzenie tkanki łącznéj, która na kształt licznych promieni wnika w obwodowe części zrazika ugniatając i niszcząc coraz głębsze jego warstwy, jakotéż nadmierne nowotworzenie przewodów żółciowych są według Charcota znamionami, które dostatecznie odróżniają marskość przerostową od zanikowéj.

Ostatnia według Charcota jest zawsze międzyzrazikową, a ze względu na nowowytworzoną tkankę łączną i stosunek jéj zrazików jest ona pierścieniową i wielozrazikową, a granica między nowopowstałą tkanką łączną a utrzymanym jeszcze miąższem jest ostrą. Pierwsza zaś w początkach swych jest wysepkową, zlokalizowaną także w przestworach międzyzrazikowych. Wysepki te są z początku zaokrąglone, a z nich w dalszym przebiegu powstają tępe wypustki, które dopiero późniéj łączą się z takiemiż z sąsiednich przestworów międzyzrazikowych. Ponieważ to dotyczy każdego z zrazików, dla tego marskość ta jest jednozrazikową; ze względu zaś na poczynające się od obwodu zrazików bujanie tkanki łącznéj i dążenie sprawy do środka, marskość ta jest także *intralobulaire à marche centripète*.

Przeciw téj nauce, dzisiaj we Francyi ogólnie przyjętéj, wystąpił w Niemczech pierwszy Ackermann [1]). Okoliczność, że powierzchowne warstwy miąższu w marskości atroficznéj składają się z komórek wątrobowych niezmienionych, a w tkance łącznéj przestworów międzyzrazikowych znajdują się często atroficzne komórki wątrobowe pojedynczo lub w grupach, skłoniła Ackermanna do wystąpienia przeciw twierdzeniu Charcota, jakoby miąższ wątrobowy w téj chorobie zanikał tylko pod wpływem ucisku kurczącego się pierścienia łącznotkankowego. Że nowotworzenie tkanki łącznéj w markości zanikowéj jest przeważnie międzyzrazikowe (okołozrazikowe), w przerostowéj zaś i wśródzrazikowe, przyznaje Ackermann, jednak nieabsolutnie, bo i w pierwszéj zniszczenie miąższu następuje pod wpływem tkanki łącznéj bujającéj do obwodowych części zrazików, a nie przez sam ucisk; w ostatniéj zaś tkanka łączna buja pomiędzy beleczkami wątrobowemi już w tym okresie, w którym jeszcze wielkość zrazików jest prawie normalną. W zasadzie zatém przyjmuje Ackermann przerostową postać marskości, jednakże nie w skutek tych różnic tkanki łącznéj, jakie ta w stosunku do miąższu okazuje, ale w skutek tego, że tkanka łączna w marskości zanikowéj ma właściwość organizowania się w tkankę zbitą, bliznowatą, kurczącą się, podczas gdy tkanka łączna w postaci przerostowéj téj własności kurczenia się nie posiada. Przyczyną téj różnicy tkanki łącznéj w jednym i drugim przypadku jest zachowanie się samego miąższu wątrobowego. W marskości zanikowéj nowopowstająca tkanka łączna ma cechy zapalenia oddziaływającego na zwyrodniałe (pod wpływem wyskoku) komórki wątrobowe, podczas gdy w formie przerostowéj nowowytwarzająca się tkanka łączna własności kurczenia się nie posiada, podobnie jak wytwarzająca się hyperplastyczna tkanka łączna w *Elephantiasis* lub w przekrwieniach biernych. Pseudokanaliki według Ackermanna nie cechują wcale marskości przerostowéj, w równéj ilości mogą się zdarzać tak w téj jakotéż w postaci zanikowéj. Genetycznie nie stoją w żadnym związku z zanikającemi komórkami wątrobowemi i nie wspólniczą z niemi a są prawdziwemi kanałami odchodowemi dla żółci i od ich zachowania się zależy istnienie i natężenie żółtaczki lub jéj brak.

Różnice dotąd podane między powyższemi dwiema postaciami marskości nie wystarczają dla Birch-Hirschfelda [2]) i autor ten postaci przerostowéj nie uznaje, uważając ją za pierwszy okres marskości zanikowéj. Orth [3]) przypuszcza istnienie marskości przerostowej, ale znaczenia jéj nie rozstrzyga, pozostawiając to przyszłym badaniom.

Ziegler [4]) dzieli marskość na 2 grupy: *hepatitis haematogenes* (obszar żyły bramnéj) i *hepatitis biliaris* (w zastoinie żółci z jakiegokolwiek powodu). Stan wątroby, w którym organ ten w skutek nowowytworzonéj tkanki łącznéj jest zwiększony, nazywa *hyperplastische Bindegewebsinduration.* Nieznaczny stopień zaniku komórek wątrobowych ma się zdarzać wtenczas, gdy tkanka łączna buja, a wątroba szczególnie wtenczas jest zwiększona. Ziegler nie porusza wcale najważniejszéj kwestyi. dla czegoto tkanka łączna, jeżli buja, nie kurczy się jak w marskości zanikowéj i nie sprowadza takiego samego zaniku komórek wątrobowych, a na podstawie tych 2 momentów zmniejszenia organu.

W obec omówionych powyżéj faktów nie można wraz

[1]) U Ackermanna l. c. — [2]) *Etude sur une forme de cirrhose hypertroph. Paris* 1876. — [3]) *Archives de physiologie normale et path.* 1874 pag. 265. — [4]) *Leçons sur les mala dies du foie des voies biliaires et des reins. Paris* 1882.

[1]) *Ueber atrophische und hypertrophische Lebercirrhose Virchows Archiv* t. 80. — [2]) *Lehrbuch der path. Anatomie* str. 607 wyd. 2. — [3]) *Lehrbuch d. spec. path. Anatomie* 1886 str. 933. — [4]) *Lehrbuch d. path. Anatomie* 1886 str. 288.

z Birch-Hirschfeldem wątpić, że istnieje jedna postać marskości, która różni się znacznie tak klinicznie jakoteż anatomicznie od marskości zanikowej Laënneca. Jakkolwiek nie jestto prawidłem bez wyjątków, że w marskości przerostowéj żółtaczka jest stałym objawem, a brak puchliny brzusznéj, to przecież objawy te są za częste, aby im odmówić wszelkiéj wartości i już klinicznie dostatecznie odróżniają jednę postać od drugiéj. Pod względem anatomicznym różnice są jeszcze wybitniejsze. Elementy, z których się składa obraz histologiczny postaci zanikowéj, są wprawdzie te same, co i w obrazie przerostowéj; i tu i tam mamy do czynienia z nowowytwarzającą się tkanką łączną w różnych stopniach organizacyi, ze zmianami na przewodach żółciowych, powstawaniem pseudokanalików i zanikiem postępującym miąższu na rzecz tkanki łącznéj, ale stosunek tych zmian do siebie pod względem ilościowym i topograficznym w obu postaciach jest dostatecznie odmiennym, aby już histologicznie odróżnić je od siebie. Już w saméj postaci zanikowéj różnice te istnieją, a jakkolwiek dają się podporządkować pod schemat dla téj choroby postawiony, nie mniéj istnieją one jednak i wpływają tak na przebieg kliniczny jakoteż na obraz anatomiczny. Wspomnę tu np. o sposobie bujania tkanki łącznéj (*c. annularis, multi- et monolobularis, dissecans*), o zachowaniu się miąższu samego, daléj zmianie na naczyniach krwionośnych, a ztąd i różnych stopniach puchliny brzusznéj. Tylko z uwzględnieniem powyższych okoliczności mogłem zestawić nową formę marskości zanikowéj [1]), mianowicie m. zanikową ostrą (*Cirrhosis atrophica acuta*). Przy opisaniu przypadku, który mi posłużył za ilustracyję téj postaci wypowiedziałem domysł, że na podstawie różnic nowowytworzonego miąższu wątrobowego, za który uważam kanaliki rzekome, i stosunku tego miąższu do zapalnie nowopowstałéj tkanki łącznéj klasyfikacyja różnych postaci marskości byłaby możebną. Miałem tu na myśli i postać przerostową, którą wbrew przypuszczeniu Ackermanna muszę zaliczyć do spraw zapalnych o przebiegu przewlekłym. (C. d. n.)

II. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych.

Wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnego strony prawej.

Podał

Docent Dr. **Pieniążek.**

Dnia 23 czerwca b. r. przyszedł do mnie 14-letni student Tadeusz Paszkowski, podając, że dnia 19go t. m. bawiąc się t. z. fistułą, tj. rodzajem dmuchawki, służącéj do wydmuchiwania strzałki do celu, połknął tę strzałkę. Równie dmuchawka, jak i strzałka były przez chłopca zaimprowizowane, co mogło wciągnięcie strzałki do ust tylko ułatwić. Pierwsza była rurką przez niego z papieru zrobioną, strzałkę zaś, jak to na drugiéj przezeń przyniesionéj stwierdzić mogłem, urządził w ten sposób, że dość sporą kapslę przekłuł zwykłą szpilką (3 cm. długą), którą przymocował skręconą gałką z papieru wtłoczoną w kapslę nad łebek od szpilki. Przy dokładnem wypytywaniu pokazało się, iż szpilka nie połknięta, lecz w przewód oddechowy wciągnięta została. Chłopiec bowiem podawał, że pociągnął z fistuły do siebie, że wtedy wpadła mu szpilka w gardło, chciał ją wydostać palcami, między któremi poczuł jej koniec, który jednak w chwili gdy westchnął, zniknął nagle. Odpowiednio do tego chłopiec nie podaje żadnych przypadków podczas połykania, czuje natomiast ból pod mostkiem z prawej strony jakby lekkie kłucie, zwłaszcza przy kaszlu. Przy badaniu laryngoskopijnem, które przedsięwziąłem, nie mogłem nigdzie szpilki zobaczyć. Nie mogąc na razie, jako podówczas sędzia przysięgły, rozporządzać dłużej swym czasem, kazałem przyjść choremu tegoż dnia wieczór w celu dokładnego zbadania. Przyszedłszy wieczór opisywał chory dokładnie ból, jako dość dotkliwe kłucie zwiększające się przy kaszlu, w okolicy chrząstki czwartego żebra po stronie prawéj stale umiejscowione. Badanie laryngoskopijne znowu przezemnie podjęte nie wykazało aż do podziału tchawicy, którą dokładnie zbadać było można, żadnego obcego ciała. Natomiast badanie płuc wykazywało po całej stronie prawéj jednostajne utrudnienie tak wdechu i wydechu, cechujące się szmerem właściwym zwężeniu, słyszalnym najbardziéj pomiędzy kręgosłupem a łopatką prawą, ale wreszcie jednakowym na całem płucu prawem i występującym tak podczas wdechu jak i wydechu. Z dala szmer ten nie był słyszalny przy zwykłym oddechu, natomiast występował lekko, gdy chory głębiej odetchnął. W obec tego musiałem rozpoznać, że szpilka uwięzgła w prawem oskrzelu głównem; matce chorego przedstawiłem, że należy zrobić tracheotomiję i przez ranę tracheotomijną próbować strzałkę wydobyć, że jednak wydobycie połączone jest z trudnościami, gdyż szpilka mogła się wbić ostrym końcem głęboko, że samo wyjmowanie połączone jest z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż ostry jéj koniec sterczący ku górze może być przy wyjmowaniu powodem nowego, a może nieobojętnego zranienia, że nie mogę ocenić, o ile zręczność moja i ostrożność wystarczającą się tu okaże, że jednakże nie ma tu wyboru, w razie bowiem pozostawienia strzałki grozi niechybne zapalenie płuc z ropniem lub może zgorzelą. Nie chcąc jednak w tak ważnej rzeczy decydować sam, zaproponowałem naradę lekarską z prof. Korczyńskim i prof. Obalińskim, która z powodu mych zajęć nie mogła się odbyć jak nazajutrz w południe, a więc w 5 dni po wpadnięciu strzałki. Podczas téj narady 24/6 opowiadał nam chłopiec, że obecnie czuje jakby strzałka przesunęła się jeszcze niżéj i zarazem ku tyłowi; kłucie w okolicy chrząstki czwartego żebra po stronie prawéj równocześnie ustąpiło. Przytem uskarżał się na lekkie dreszczyki. Przy badaniu okazało się tętno przyspieszone, ciepłota 37·8. Badanie płuc wykazywało w miejscu, gdzie chory się na kłucie poprzedniego dnia uskarżał, na przestrzeni wielkości plessimetra odgłos wyraźnie bębenkowy, w tyle od połowy łopatki prawéj w dół stłumiono-bębenkowy. Nad tem stłumieniem słychać było szmer zwężenia, podobny jak dnia poprzedniego, tak przy wdechu jak i przy wydechu, obok osłabienia szmeru pęcherzykowego przy wdechu, gdy nad innemi częściami prawego płuca szmeru tego już wcale słychać nie było, natomiast prawidłowy szmer pęcherzykowy przy wdechu. Położenie więc przez noc pogorszyło się o tyle, że zaczęło się w dolnym płacie prawego płuca rozwijać zapalenie, a przytem ciało obce, które dnia poprzedniego tkwiło jeszcze w oskrzelu prawem głównem, dziś się już do drugorzędnego dolnego oskrzela zsunęło. W obec tego trudniejsze były warunki wydobycia go, mimo to jednak przedłożyłem obecnym Kolegom plan mój wczorajszy, opierając się na tem, że w oskrzelu dolnem drugorzędnem manipulowałem już nieraz i to tak dobrze po prawéj jak i po lewéj stronie, a mianowicie wyjmowałem z niego

---

[1]) *Chronische gelbe Leberatrophie oder acute Cirrhose Wiener med. Jahrbücher* 1886 pag. 463.

błony krupowe podczas napadów duszności po wykonaniu tracheotomii w przebiegu krupu występujących, że nawet przed paru tygodniami miałem taki przypadek, w którym to obecnemu tamże Drowi Eichhornowi demonstrować mogłem. Opierałem się nadto na tem, że w razie nieudania się mego zabiegu chory nie straci nic więcej, jak tylko niepotrzebnie wykonaną tracheotomiję, gdy w razie udania się można chorego uchronić od wszelkich następstw, jakieby mu grozić mogły. Propozycyję moją przyjęli obaj koledzy i tegoż dnia po czwartej przystąpiliśmy z kol. prof. Obalińskim do operacyi w szpitalu Śgo Łazarza, przy której asystował kol. Mężyk. Prof. Obaliński wykonał tracheotomiję przy uśpieniu chloroformowem, która z powodu kilkokrotnych wymiotów, a skutkiem tychże nastałego miąższowego krwotoku, zajęła nieco więcéj czasu. Po dokonanéj tracheotomii opuściłem choremu głowę w tył i zbadałem za pomocą rozwierającego się wziernika (dwulistnego wziernika cewkowego) przy lampie i reflektorze całą tchawicę. Następnie przystąpiłem do wyjęcia obcego ciała. W tym celu chciałem użyć pierwotnie szczypczyków krtaniowych Schröttera, nadawszy takowym odpowiednie zagięcie, gdy jednak wszystkie szczypczyki wydawały mi się za krótkie, użyłem własnych szczypczyków do polipów krtaniowych, z których kilka sztuk nieco za długich posiadałem. Narzędzie to jest zbudowane zupełnie na wzór Schrötterowskich szczypczyków, tylko że ząbki na tychże łyżeczkowych końcach zastąpione są ostrym brzegiem w moich szczypczykach. Poprzednio robione próby na podobnéj szpilce przekonały mnie przytem, że takową silniéj można uchwycić mojemi szczypczykami niż Schrötterowskiemi, z których się łatwiéj wysunąć dawały. Te więc szczypczyki wygiąłem lekko łukowato i wprowadziłem, rozwarłszy ranę tchawiczą, do prawego oskrzela, w którego końcu skierowałem je daléj w dół i ku tyłowi i rozwarłem następnie końce szczypczyków. Zwarłszy je napowrót, uczułem jakbym coś trzymał, nie będąc jednak pewnym, czy rzeczywiście szpilkę uchwyciłem, z lekka tylko zasunąłem szczypczyki i pociągnąłem lekko ku górze. Tu nietylko miałem uczucie wyślizgnięcia się szpilki, lecz usłyszałem, równie jak obok będący kol. Mężyk, właściwy temuześlizgnięciu zgrzyt. Próbę tę z tym samym wynikiem powtórzyłem cztery razy, używszy cokolwiek tylko większéj siły. Gdy jednak szpilki wydobyć nie mogłem, przypuszczałem, że koniec jéj ostry wbity być musi w ścianę oskrzela. Postanowiłem więc starać się go uwolnić. Na razie spróbowałem jeszcze kilku szczypczyków Schrötterowskich, wszystkie jednak okazały mi się za krótkie, aby szpilki módz dosięgnąć, wróciłem więc do moich szczypczyków, któremi uchwyciwszy szpilkę wepchnąłem ją nieco głębiéj, wysunąłem następnie cokolwiek szczypczyki i próbowałem lekko końcem igły poruszać, poczem zamknąłem znowu szczypczyki, a uchwyciwszy w ten sposób szpilkę, wyciągnąłem ją bez uczucia silniejszego oporu. Wyciągając miałem uczucie, jakbym coś uchwycił i wyciągał, nie dowierzałem sobie jednak po kilku poprzednich zawodach; ujrzawszy szpilkę dopiero przekonałem się, że mnie to uczucie nie omyliło, a zarazem spostrzegłem, że chwyciłem ją tak szczęśliwie, że koniec szpilki dostał się w środek rurki, z któréj szczypczyki się wysuwały, był więc w ten sposób tak schowany, że nic zranić ani o nic się zahaczyć nie mógł. Był to może skutek owego poruszania i głębszego wprowadzenia szpilki, w każdym jednak razie przypadek bardzo szczęśliwy. Próbując późniéj chwytać tak szpilkę po omacku, przekonałem się, że mi się to w połowie może prób udawało przy kierowaniu się tylko poczuciem dotykowem. Wyjęta szpilka okazywała koniec zupełnie ostry, tak, że łatwo nim w ścianę oskrzela wbić się mogła, kapsla natomiast była trochę pogięta i nierówna, przez co też łatwo ścianę oskrzela w którem tkwiła rozranić mogła. Głębokość, do któréj szczypczyki wprowadzić musiałem, aby szpilkę uchwycić, oznaczyć mogę podług wystającéj nad raną tracheotomijną ich części na 19—20 cm.; przy wepchnięciu téj szpilki głębiéj, równie jak przy rozwarciu szczypczyków długość całego narzędzia od przetoki tchawicy aż do końca przenosić musiała 20 cm. To może być miarą, w jakiéj głębi szpilkę chwytać musiałem.

Po wydobyciu szpilki zostawiliśmy chorego na chwilę w spokoju, aby pokazać wydobytą szpilkę matce, która na wynik operacyi z niecierpliwością czekała. Chory tymczasem spał pod wpływem chloroformu spokojnie. Po uspokojeniu matki przystąpiono do zeszycia rany tracheotomijnéj i założenia opatrunku. Od początku operacyi do ukończenia opatrunku upłynęło niespełna półtora godziny.

Tegoż dnia wieczór zastałem chorego w dość dobrym stanie tylko znużonego, przy kaszlu odpluwał krwaworopiastą plwocinę; z powodu silnego kaszlu zaleciłem morfin z wodą laurową podobnie jak to już chory i poprzedniego dnia używał.

Dnia następnego, t. j. 25/6 znalazłem chorego w stanie bezgorączkowym, (ciepłota 37·2), plwociny krwaworopiaste, odgłos bębenkowy z prawej strony mostka ustąpił, w tyle stłumienie zupełne od połowy łopatki prawej w dół sięgające z dość słabym oddechem oskrzelowym i rzężeniami. Wieczór ciepłota 37·2. Dnia 26/7 wydawało mi się stłumienie nieco mniejsze od góry, ciepłota tak rano, jak i wieczór nie przechodziła 37·2. Dnia tego odwiedziłem chorego wraz z prof. Korczyńskim. Dnia 27/7 stłumienie zmalało tak znacznie, że tylko w dole poniżéj łopatki się znajduje, plwociny mniej obfite, bez krwi, śluzoworopiaste, ciepłota prawidłowa.

Następnego dnia stłumienia już wcale wykazać nie mogłem, dolna granica prawego płuca okazała się zupełnie ruchomą. Dnia 30/6 chory wstał, a wkrótce i wychodzić zaczął. Podnieść winienem w przebiegu choroby, że pomimo zapalenia płuc, które cały zraz dolny strony prawej zajęło, ciepłota nie przeniosła 37·8, a po wyjęciu ciała obcego już na drugi dzień spadła na 37·2; jakażby była ciepłota przy zwykłem zapaleniu płuc dławcowem tychże rozmiarów? Rana szyjna chorego częściowo zagoiła się *per primam*, częściowo zaś pod szwami wytworzyło się ropienie, skutkiem którego było potrzebnem rozcięcie w dole zrosłej już skóry, poczem zagojenie nastąpiło.

Z własnego doświadczenia znam przypadek ciała obcego w oskrzelach dotyczący chłopca lat około 15, który przed 7 laty wciągnął ołówek, który według wyników auskultacyi utkwił w prawem oskrzelu głównem. Chorego widziałem w 7 lat po zaszłym przypadku w szpitalu powszechnym w Wiedniu; dostał on nieżytu oskrzeli, któremu od lat 7 często podlegał, przyczem cierpiał dość znaczną duszność. Badanie wykazywało szmer zwężeniu właściwy pomiędzy łopatkami po obu stronach, silniej jednak po stronie prawej słyszalny. O wydobycie ołówka nie kuszono się wcale, chory pozostawał w szpitalu, dopóki nieżyt oskrzeli nie przeszedł. O przypadach, jakie nastąpiły bezpośrednio po inspiracyi ołówka, jak przebytem może zapaleniu płuc itp. nic się dowiedzieć nie mogłem.

W literaturze wreszcie znajdujemy więcej przypadków ciał obcych w oskrzelach, które bądź samoistnie wykrztu-

szone zostały, bądź też dały powód do tracheotomii z następnemi próbami ich wydobycia. Próby te jednak przy ciałach obcych w drugorzędnych oskrzelach nie zdaje się, aby były bardzo pomyślne, gdy Sanders w zestawieniu dotąd znanych przypadków tego rodzaju p. t. „*Ueber Fremdkörper in den Luftwegen*[1]“ otwarcie wypowiada, że w takich razach żadnego skutku z operacyjnych zabiegów spodziewać się nienależy. Przypadki zaś, gdzie przez głębokie sondowanie ciało obce wydobyć się udało, uważa za szczęśliwe wyjątki. W podobny sposób wyrażają się też chirurgowie pierwszorzędni. W ostatnich czasach spotykamy przypadek Maundera[2], który wyjął z głębi lewego oskrzela u 13 letniego chłopca guzik szklany za pomocą podwójnego drutu srebrnego haczykowato zagiętego. W innym przypadku wyjął Lucas[3]) odłamany koniec rurki z lewego oskrzela za pomocą wygiętych szczypczyków. Zajmującym jest przypadek Cannera[4]), w którym podobnie jak w naszym 11 letni chłopiec wciągnął do dróg oddechowych strzałkę z t. z. fistuły. Natychmiast wystąpił napad duszności, skutkiem któréj na drugi dzień wykonał Canner tracheotomiję, nie mógł jednakże wydostać strzałki przez ranę tracheotomijną. W 15 dni późniéj wykrztusił ją chłopiec samodzielnie. Pod względem narzędzi służących do wyjęcia ciał obcych z oskrzeli, należy nam oprócz powyżéj wspomnianego podwójnego drutu haczykowato wygiętego i zakrzywionych szczypczyków wspomnieć o narzędziach przedstawionych ku temu celowi przez Rosera na IX kongresie Tow. niemieckich chirurgów Jednem z nich był rodzaj pierścienia na wygiętéj rączce, które Roser zalecał zwłaszcza w obec ciał łatwo pęczniejących, jak ziarnka grochu itp. Drugie narzędzie, podobne do pierwszego, służyło mu do wydobycia odłamanéj nóżki porcelanowéj lalki, która utkwiła w prawem oskrzelu głównem. Do tych narzędzi dodałbym jeszcze Schrötterowskie szczypczyki oraz tępą łyżeczkę, jakiéj używam do wyjmowania błon rzekomych z oskrzeli. Oba narzędzia dają się nagiąć dowolnie, odpowiednio do potrzeby, a przytem są dość sztywne, aby nadanego im wygięcia przy lada nacisku nie zmieniły. (Dok. n.)

[1]) *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd.* XVI, *Heft* 3 i 4.— [2]) *The Lancet* 1876, Vol. II, pag. 854.— [3]) *The Lancet* 1877, Vol. I, p. 92.— [4]) *The Americ. Journ. of med. sciences* 1877 Oct.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Kończąc na tém opis klinicznego przebiegu ostatniego spostrzeżenia muszę zwrócić szczególną uwagę na bardzo rzadko występujące równocześnie, a tu właśnie przez nas spostrzegane: zatkanie przewodu żółciowego wspólnego i wodną puchlinę pęcherzyka. Jeśli zdarza się nam napotkać chełboczący guz, który na zasadzie klinicznych objawów mamy prawo uważać za rozciągnięty pęcherzyk żółciowy, wówczas zawartość tego guza może być żółcią, ropą lub śluzem, względnie do tego, czy mamy do czynienia ze wstrzymanem wydzielaniem się żółci do przewodu pokarmowego, z ropniem pęcherzyka żółciowego lub wodną jego puchliną. Stosownie do każdego z pomienionych przypadków zmienia się zazwyczaj obraz kliniczny. Tak puchlina pęcherzyka daje nam najczęściéj guz niebolesny i ruchomy, przebiega bez żółtaczki i gorączki, a wątroba zachowuje przytém normalną objętość. Jeśli do tych danych przyłączą się objawy zapalenia jakoto: umiejscowiona bolesność, dreszcze, nasilenia gorączkowe, jeśli nadto guz zrazu ruchomy mniéj poruszalnym się stanie, wówczas słusznie przypuścić możemy, że wodna puchlina pęcherzyka żółciowego w ropień się przetworzyła. Jeśli nakoniec rozciągnięty pęcherz żółciowy zawiera li tylko nadmierną ilość żółci, wówczas stan ten zależny od przeszkody w drożności przewodu żółciowego wspólnego, występuje równocześnie ze wszystkiemi znanemi objawami wstrzymanéj wydzieliny żółci. W naszym przypadku mieliśmy *par excellence* wszystkie objawy zatkania przewodu żółciowego wspólnego, byliśmy więc zupełnie w prawie przypuszczać, że rozdęcie pęcherzyka żółciowego wspólnego zależy od nagromadzenia w nim zbytecznéj ilości żółci. Tymczasem laparotomija wykazała, że zatkanie przewodu żółciowego wspólnego miało istotnie miejsce, ale nagromadzony w pęcherzyku żółciowym płyn był całkiem innéj natury. Toteż słusznie powiada Denuce[1]), że jeśliby równocześnie z objawami zatkania przewodu żółciowego wspólnego wystąpiła puchlina wodna pęcherzyka, to w tym rzadkim zbiegu okoliczności błąd rozpoznawczy pod względem oznaczenia zawartości guza byłby nieuniknionym. Tak samo racyjonalnie wnosić można, że gdyby puchlina pęcherzyka żółciowego wystąpiła przypadkowo jednocześnie z zatkaniem przewodu wątrobowego, to musiałaby nieuchronnie być przyczyną fałszywego rozpoznania, co się tyczy umiejscowienia istniejącéj przeszkody; przy objawach bowiem niedrożności przewodów żółciowych przypuszcza się, jak wiemy, że jeśli pęcherzyk żółciowy jest przepełniony, rozdęty płynem, to przeszkoda umiejscowiona jest poniżéj ujścia przewodu pęcherzykowego i na odwrót przy istnieniu przeszkody w przewodzie wątrobowym pęcherzyk bywa zazwyczaj próżny. Na tę możliwość i nieomal konieczność błędnego rozpoznania w takim przypadku dla tego kładę tu szczególny nacisk, że taki zbieg okoliczności uniemożliwiłby w danym razie pomyślny skutek chirurgicznéj pomocy. W naszym przypadku pod względem wskazań operacyjnych było nieomal obojętnem, czy pęcherzyk zawiera śluz czy żółć, czego najlepszym dowodem, że znaleźliśmy właśnie wodną puchlinę pęcherzyka, a jednak udało nam się groźne dla życia chorego objawy cholemii usunąć; ale gdybyśmy byli natrafili na *hydrops vesicae felleae* i równoczesną przeszkodę w drożności przewodu wątrobowego, którytostan, raz jeszcze powtarzam, pod względem klinicznych objawów dałby obraz z naszym przypadkiem zupełnie identyczny, to cholecystotomija nie byłaby odniosła żadnego skutku, mimo iż wskazanie operacyjne teoretycznie ze względu na tożsamość klinicznych objawów byłoby jednakowo uzasadnionem.

Obserwacyja kliniczna przekonywa, że tak samo zawsze z zastrzeżeniem przyjmować winniśmy i wszelkie inne dyjagnostyczne wskazówki, w jakie nas najracyjonalniéj zresztą zaopatruje teoryja. Tak n. p. w pierwszym opisanym tu przypadku, operowanym przez prof. Kosińskiego, mieliśmy do czynienia z ropniem pęcherzyka żółciowego, a jednak guz był zupełnie ruchomy, nie miał wcale zrostów, nie sprawiał

[1]) *Tumeurs et calculs de la vésicule billaire, par le Dr. Maurice Denucé. Paris* 1886 p. 80.

chorej żadnego bólu, i nie wywoływał ogólnej gorączkowej reakcyi, co razem wzięte daje nam obraz nie ropnia ale wodnej puchliny pęcherzyka żółciowego. Nakoniec w świeżo przez kol. Jawdyńskiego operowanym przypadku głównem wskazaniem do cholecystotomii były przychodzące paroksyzmami szalone nasilenia bólów, a jednak przy laparotomii okazała się wodna puchlina pęcherzyka żółciowego, której jak wiemy umiarkowana zazwyczaj towarzyszy bolesność. Widzimy więc, jak luźne są dane, na których oprzećby się można przy bliższém określeniu natury zajmującego nas cierpienia To też jeśli z jednej strony mamy obowiązek znać je o ile można dokładnie, aby przez ich nieświadomość grubych nie popełniać błędów, to z drugiej strony unikać gorliwie winniśmy zbyt ślepego powodowania się niemi pomnąc, iż zbyt absolutny schematyzm w rozumowaniu bywa często przyczyną błędnych logicznie wywodów.

Przechodzę teraz do rozbioru metod operacyjnych, jakie chirurgija co do leczenia chorób dróg żółciowych podaje i do ocenienia wskazań dotyczących każdego poszczególnego sposobu postępowania. Kwestyja ta po dziś dzień zresztą tak wszechstronnie była rozpatrywana, literatura odnośna jest już dziś tak bogata, że ograniczyć się tu musimy do bardzo pobieżnego rysu, zaznaczając te tylko prace, które się głównie do postępu pojęć w tej mierze przyczyniły.

Wspomniałem już na wstępie, że Petit pierwszy zasady pomocy chirurgicznej w chorobach dróg żółciowych teoretycznie ustanowił i przez podanie odpowiednich wskazań praktycznie rozwiązać usiłował [1]). Memoryjał Petita przedstawiony Akademii chirurgicznej w 1743 r. rozpada się na dwie części: w pierwszej rozbiera on objawy, na zasadzie których rozpoznać możemy różnej natury guzy powstałe w skutek nagromadzenia żółci w pęcherzu żółciowym; w drugiej porównywając budowę anatomiczną, czynności fizyjologiczne i zboczenia chorobowe pęcherza moczowego i pęcherza żółciowego, dochodzi do wniosku, że w analogicznych cierpieniach analogiczne metody operacyjne tu i tam stósowane być winny. Petit przyjmuje możliwość chirurgicznej pomocy tylko w przypadkach, w których pęcherzyk żółciowy zrośnięty jest ze ścianą brzuszną, rozbiera więc obszernie objawy, które o istnieniu tych zrostów wnosić pozwalają i doradza względnie do okoliczności: przeklócia pęcherzyka trójgrańcem, rozcięcia pęcherzyka i wydobycia zeń kamieni, z poprzedniém ich w razie potrzeby zmiażdżeniem. Taka jest w ogólnym zarysie treść zdumiewającej szerokością poglądów i jasnością w przedstawieniu rzeczy, pracy, na zasadzie której genijalny chirurg nową drogę postępowania wytknął. Tuż obok Petita zaznaczyć musimy pracę Herlina, który wkrótce potém, bo w 1767 r., na zasadzie doświadczeń poczynionych na psach i kotach, proponuje podwiązanie przewodu pęcherzykowego i wycięcie pęcherzyka żółciowego, przy ranach pęcherzyka żółciowego, a także i przy nagromadzeniu w nim kamienistych złogów. Pochop do poszukiwań dały Herlinowi współcześnie ogłoszone spostrzeżenia Sabatiera i Staparta van der Wiel, dotyczące śmierci w skutek zranienia pęcherzyka żółciowego [2]). Uzasadniając możliwość wykonania tej operacyi u człowieka, Herlin powiada, że w danym razie nie wstrzymywałyby go wcale trudności operacyjne, a li tylko niedokładność rozpoznawczych danych. Dodaje jednak, że nawet w razie wątpliwym w obec istniejącego niebezpieczeństwa nie wahałby się otworzyć jamy brzusznej, powodując się aforyzmem Celsiusza: *In dubiis melius est anceps quam nullum experire remedium.* Tak więc przed 120 laty prosty chirurg marynarki uzasadniał potrzebę i proponował wykonanie rozpoznawczej laparotomii i wycięcie pęcherzyka żółciowego, rękoczynów, które liczą się do najśmielszych zdobyczy współczesnej chirurgii. Śmiałego pomysłu praca Herlina przeszła na razie niespostrzeżona, ale za to poglądy wypowiedziane przez Petita powszechną na siebie zwróciły uwagę i wywołały cały szereg rozpraw i komentarzy. Zasługuje z nich na wzmiankę, jako usiłowanie pewnego postępu, praca Blocha [1]), który pierwszy podniósł myśl sztucznego wywołania zrostów ściany brzusznej z pęcherzem żółciowym, celem utorowania doń dostępu bez otworzenia jamy otrzewnej. W tym celu używał on zewnętrznych drażniących środków, cebuli, chrzanu, kantaryd. Przytacza on jedno swoje i dwa obce spostrzeżenia, dotyczące przypadków leczonych w ten sposób z pomyślném zejściem. Z kolei wspomnieć też musimy o propozycyi Richtera [2]), który, idąc dalej, radzi wywołać zrost pęcherzyka żółciowego ze ścianą brzuszną przez naklócie pęcherzyka trójgrańcem i pozostawienie go w miejscu naklócia. Richter powiada nadto, że możnaby też szybszą drogą osiągnąć ten sam skutek przez nacięcie ściany brzusznej aż do otrzewny i przyłożenie żrących środków. Nakoniec po utworzeniu w ten sposób przetoki żółciowej, w razie zatkania przewodu żółciowego wspólnego, radzi starać się przepełnąć przeszkodę za pomocą elastycznego cewnika. Po pracy Richtera przez dłuższy przeciąg czasu nic napotykamy ważniejszych w tym kierunku usiłowań, aż dopiero w 1826 r. Campaignac opierając się na doświadczeniach wykonanych na zwierzętach, wykazuje możliwość częściowego wycięcia pęcherzyka [3]). Doświadczenie wykonał on w ten sposób, że pęcherzyk żółciowy przewiązał w środkowej części za pomocą mocnej ligatury i część obwodową pęcherzyka po za nawiązką odciął. Utrzymuje on, że w ten sposób możnaby wycinać kamienie żółciowe wraz z częścią pęcherzyka, wtedy nawet, gdyby pęcherz żółciowy wcale do ściany brzusznej nie przylegał. Dodaje nadto, że dla zapobieżenia możliwości powstawania nowych złogów w pozostałej części pęcherzyka można równocześnie podwiązać przewód pęcherzykowy, zapobiegając na zawsze przedostawaniu się żółci do pęcherzyka, a *respective* i uniemożliwiając powstawanie w nim nowych kamieni żółciowych. W 1833 r. Carré [4]) podaje znów nowy sposób operacyjny będący już przejściem do dzisiaj używanych metod. Proponuje on mianowicie przecięcie ściany brzusznej wraz z otrzewną, odkrycie guza, wstawienie go w ranę w ścianie brzusznej zrobioną, nałożenie opaski uciskającej na 48 godzin i nakoniec po upływie tego czasu, kiedy pęcherzyk żółciowy do ściany brzusznej przyrośnie, opróżnienie go z zawartości przez rozcięcie. Bégin stosował ten sposób dwukrotnie z dobrym skutkiem, a niedawno jeszcze uciekał się doń i Kocher. Nakoniec w bliższych już nas czasach, bo

---

[1]) *Oeuvres complètes de Jean Louis Petit maître en chirurgie* p. 445—466. (Wydanie z r. 1837) — [2]) *Sur l'ouverture de la vésicule de fiel et sur son extirpation, chez le chien et le chat. Journ. de méd. de chir. et de pharm. dirigé par Roux* T. XXVII *Juillet* 1767.

[1]) *Bloch. Medicinische Bemerkungen.* Berlin 1774. (Cyt. u Rotha p. 90. — [2]) *Anfangsgründe der Wundarzneik. Gottingue* 1798 T. V, p. 87 (*Dencé loco citato* p. 94). [3]) *Campaignac. Des plaies des voies biliaires, de la ligature de la vésicule et de la ligature particlle de ce réservoir. Journ. hébdom.* T. II 1829. — [4]) *Thèse de Paris* 1833. (*Dencé* l. c. p. 96).

w 1859 r. Thudicum [1]) podaje już zupełnie racyjonalny i zgodny z nowemi poglądami sposób postępowania. Radzi on mianowicie otworzyć jamę brzuszną, wybadać za pomocą palca pęcherzyk żółciowy, a jeśli się w nim znajdą kamienie, przyszyć go do brzegów rany w powłokach brzusznych. W sześć dni później każe przyszyty pęcherzyk szerokiém cięciem otworzyć i zawarte w nim kamienie wydobyć. Dodaje on, że operacyja ta powinna być łatwiejszą do wykonania od cięcia pęcherza moczowego, a mniéj niebezpieczna, niż zwyczajna owaryjotomija. Wkrótce potém, bo w 1867 r., Bobbs [2]) bez powziętego z góry planu teoretyczne przepisy podane przez Thudicuma w czyn wprowadził. Sądził on mianowicie, że ma do czynienia z torbielem jajnika, tymczasem przeciąwszy ścianę brzuszną znalazł guz chełboczący o cienkich, przeświecających ścianach, po przecięciu których wraz z płynną przeźroczystą zawartością wydzieliły się na zewnątrz kamienie żółciowe. Wówczas zdecydował się przyszyć ścianę guza do brzegów rany brzusznéj. Chora wyzdrowiała. W 1878 r. Blodgett, rozpoznawszy zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, pierwszy świadomie myśl Thudicuma usiłował zastosować Po przecięciu ściany brzusznéj wszył on pęcherz żółciowy w ranę brzuszną, ale chora zmarła na trzeci dzień po operacyi, zanim zdołano wykonać drugą część operacyi, t. j. przecięcie pęcherzyka. W parę miesięcy później Marion Sims [3]) wykonał nareszcie po raz pierwszy właściwą cholecystotomiję, przyczém na jedném posiedzeniu pęcherzyk do ściany brzusznéj przyszył i z zawartości opróżnił. Wypuścił on przytém 750 grm. płynu i wydobył 66 kamieni żółciowych. Chora w najwyższym stopniu wycieńczona, przedstawiająca wszystkie objawy cholemii posuniętéj do ostatnich granic, zmarła w kilka dni później w skutek krwotoków kiszkowych. Równocześnie prawie z Marionem Simsem (w $1\frac{1}{2}$ mies. później) wykonał pierwszą swoją cholecystotomiję Kocher, a następny rok 1879 przynosi nam spostrzeżenia Keena i pierwszy przypadek pierwszéj seryi cholecystotomij wykonanych przez Lawson Taita. Seryja ta obejmuje 21 przypadków, wszystkie pomyślnie zakończone [4]). Odtąd cholecystotomija rozpowszechnia się już coraz bardziéj, tak że niektórzy operatorowie ogłaszają całe szeregi odnośnych spostrzeżeń. W 1882 roku Langenbuch wykonywa po raz pierwszy wycięcie całego pęcherzyka żółciowego i proponuje stosowanie téj operacyi w tych wszystkich przypadkach, w których robiono dotychczas rozcięcie pęcherzyka. Jedyném przeciwwskazaniem dla téj operacyi jest podług Langenbucha niedrożność przewodu żółciowego wspólnego. Nakoniec w tym samym roku Winiwarter w przypadku stałéj niedrożności przewodu żółciowego wspólnego po dokonanéj poprzednio cholecystotomii przywraca bieg żółci do kanału pokarmowego za pośrednictwem wytworzenia sztucznéj przetoki kiszkowo-pęcherzykowéj. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Sticker (Kolonija): **O wpływie wydzielania soku żołądkowego na zawartość chlorków w moczu.**

Zmniejszoną ilość chlorków w moczu osób, dotkniętych podwyższoną kwasotą soku żołądkowego zauważyli już dawno Gluziński i Jaworski (*Münch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 7); u jednego chorego chlorków w moczu wcale nie było, a w miarę jak się podnosiła kwasota soku żołądkowego i ilość chlorków się zmniejszyła. To samo zauważył i ogłosił Rosenthal (*Münch. med. Woch.*, Nr. 28). Ostatni wcale się nie stara wytłumaczyć przyczyny tego zjawiska; ze spostrzeżeń Gluzińskiego i Jaworskiego wynika, że przyczyny zmniejszonéj ilości kwasu solnego należy szukać z jednéj strony w podwyższonéj kwasocie soku żołądkowego, z drugiéj strony w upośledzonem wchłanianiu chlorków przez zmienioną ścianę żołądka. Że zmieniona ściana żołądka w daleko posuniętych okresach rozszerzenia jego nie pochłania należycie chlorków, wykazali klinicznie i za pomocą dokładnych rozbiorów Popow i Scherf, a od dawna już używamy próby za pomocą jodku potasu do ocenienia, jak daleko jest już posunięty nieżyt żołądka, stosownie do tego, czy prędzéj czy późniéj możemy wchłonięty jod wykazać w wydzielinach (ślinie, moczu itp.). S. potwierdza na podstawie swoich kilku przypadków, że rzeczywiście może ilość chlorków w moczu spaść aż do zera, jeśli nastąpi zupełne zwężenie żołądka w okolicy odźwiernika, zarówno gdy oprócz osłabiongo wchłaniania jeszcze i kwasota soku żołądkowego jest wysoką. Oprócz swoich spostrzeżeń klinicznych robił S. jeszcze doświadczenia w tym kierunku, czy samo wydzielanie kwasu solnego w żołądku przy zupełnie wstrzymanym dowozie chloru przez głód, wymioty, zmniejszone wchłanianie, albo czy odciąganie chloru organizmowi w inny sposób przez wymioty, przepłukiwanie żołądka, podawanie przez długi czas soli potasowych, nagromadzenie się chlorków w jakimś wysięku zapalnym są w stanie zmniejszyć na krótki lub dłuższy czas ilość chlorków w moczu albo może całkiem je znieść. Doświadczenia robione pouczyły go, że obfite wydzielanie soku chlor zawierającego może sprowadzić przejściowe zmniejszenie chlorków w moczu, jeśli są dane warunki zatrzymania go w żołądku, że nawet najobfitsze wydzielanie soku żołądkowego przy zupełném zatrzymaniu go w żołądku albo zupełném wydaleniu go z organizmu nie są w stanie zupełnie pozbawić chlorków nawet moczu z pierwszych 24 godzin zebranego, jeśli przedtém jeszcze nie nastąpiło zupełne prawie zmniejszenie zapasu chlorków w ustroju przez długie posty, częste wymioty itp. (*Berliner klin. Wochensch*, 1887, Nr. 41). *H. K.*

W. Lubliński (Berlin): **O leczeniu gruźlicy płuc i krtani za pomocą kreozotu.**

Rozmaite wyniki lecznicze, jakie otrzymali różni klinicyści po stosowaniu kreozotu w chorobach na gruźlicy opartych, przypisać należy, jak się przekonał L. i na co zwrócił uwagę Hager (*Kreosot, seine Erkennung und Wirkung. Pharm.-Centralbl.*, 1882), téj okoliczności, że nie wszyscy mieli pod ręką jeden i ten sam wyrób fabryczny. Najczęściéj bowiem, jak to Hager wykazał, znajduje się w handlu kreozot otrzymany ze smoły z węgla kamiennego, a jest pięć razy tańszy od prawdziwego kreozotu ze smoły z bukowego drzewa otrzymanego, od niego jaśniejszy; na światło słoneczne wystawiony zmienia swą barwę na czerwonawą, a po podaniu go chorym występują często wymioty i zabarwienie moczu ciemne, podobnie jak przy zatruciu kwasem karbolowym, który zdaje się być w znaczniejszéj ilości w nieczystym kreozocie zawarty, bo nawet i z roztworem sześciochlorku żelaza podobnie oddziaływa. Nieczysty kreozot psuje żołądek; jeśli oprócz tego uwzględnimy, że kreozot łączy się zwykle z rozmaitemi balsamami, do których zdrowy żołądek przede-

[1]) *On the pathology and treatment of gall stones. British Medical Journal November* 1859. A także Thudicum *Treatise on gall stones London* 1863. — [2]) *Denucé* l. c p. 99. — [3]) *British Medical Journal* 1878 II, p. 811. — [4]) *Traité des maladies des ovaires, suivi d'une étude sur quelques progrès récents de la chirurgie abdominale et pelvienne par Lawson Tait. Traduit par le Dr. Adolphe Ollier. Paris* 1886 p. 441—454.

wszystkiém mieć trzeba, pojmiemy, dla czego go wielu lekarzy niechętnie podaje, a wielu chorych niechętnie bierze.

W poliklinice zapisywał L. kreozot w rozczynie wyskokowym (*Rp. Kreosoti* 2·0, *Alcoh. absol. Aq. ment. pip. āā ad* 200·0 *DS.* 2 do 4 łyżek dziennie w wodzie używać) w porze zimowéj z tranem i to rozczyn 1%, z tego dwie lub trzy łyżki dziennie; zwykle kazał chorym zaczynać od łyżeczek do kawy a potém gdy się już do niego przyzwyczaili, przechodzili do łyżek stołowych. Lek ten brali niektórzy chorzy miesiącami. W prywatnéj praktyce zapisywał kreozot w kapsułkach po 0·05 *pro dosi*, najpierw po dwie dziennie, potém po trzy i wyżéj. Dla kreozotu podanego według Sommerbrodta z balsamem tolutańskim trzeba mieć zdrowy zupełnie żołądek.

Przypadki L. przemawiają za kreozotem, podobnie jak za tym środkiem są Fraentzel, Pick, Sommerbrodt i inni. L. podawał go w przypadkach niedaleko posuniętych zmian gruźliczych. Gdzie już były wrzody gruźlicze w jelitach lub można się było domyśleć zmian skrobiowatych w narządach, kreozotu nie podawał, również jeśli chory gorączkował. Podawał go za to nawet w przypadkach istniejącego krwioplucia wbrew zdaniu Wolffa, który go radzi wtedy nie podawać. W ocenianiu, czy i o ile polepszenie nastąpiło, nie kierował się L. znalezieniem zwiększonéj lub zmniejszonéj ilości prątków gruźliczych w plwocinach, zdaniem L. zapatrywanie co do tego jest zupełnie mylne. Za to zwracał uwagę na przedmiotowe badanie, ciężar ciała i wejrzenie chorego.

Baczną uwagę zwracał L. na zmiany w krtani. Z wielkiéj liczby chorych, którym podawał kreozot (180 w klinice, 32 prywatnych), a których mógł lepiéj obserwować, było 46 dotkniętych zmianami gruźliczemi w krtani. Niestety, powiada L., i ten lek nic nam nie pomaga w stanach świeżych nacieków gruźliczych w krtani podobnie jak jodoform, kwas mlekowy. W trzynastu przypadkach nacieków świeżych żadnego dodatniego skutku nie można było spostrzedz. Jeśli już wrzody się wytworzyły, kreozot wewnętrznie podawany albo wziewany, wdychiwany nic nie pomagał, za to okazał się dobrym przy miejscowém zastósowaniu go w postaci pędzlowań (*Rp. Kreosoti* 0.1, *spir. vini rect.* 2.0, *Glycerini* 8·0). 9 razy wrzody się zagoiły, a w niektórych przypadkach od lat kilku blizny się utrzymują zdrowe.

Przy podawaniu wewnętrznem lepsze miał L. wyniki, bo obok kreozotu i inne korzystne warunki wpływały na leczenie (pobyt na wsi, w górach). Szczególnie uderzał szybki przybytek na wadze, zmniejszenie się całodziennéj ilości plwocin i kaszlu, bólów w klatce piersiowéj i zmniejszenie się ilości prątków w preparatach mikroskopowych. Na rokowanie w leczeniu wpływało prawie zawsze to, czy apetyt chorych szybko się poprawiał: w ślad za tém szedł i przybytek znaczny i szybki na wadze.

W końcu zaleca L. wszystkim kreozot i radzi go podawać nie tygodniami lub miesiącami, ale z małemi przerwami, latami i to w coraz większych dawkach. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 38). *H. K.*

Chirurgija.

Maurice H. Richardson: O możności dokonania operacyj na przełyku drogą żołądka.

Autora zachęcił do badań w tym kierunku następujący przypadek. Przed rokiem zgłosił się do szpitala 37-letni wysoki, silny mężczyzna, który połknął płytkę z 4 zębami. Badanie wykazało ciało obce w przełyku blisko wpustu do żołądka a wszelkie zabiegi wydobycia go przez usta były daremnemi. Gdy ciężar ciała chorego zaczął zwiększać się i chory nie miał już dolegliwości, wypuszczono go ze szpitala. Po 11 miesiącach jednak zgłosił się on znowu mocno wychudły (gdyż odżywiał się tylko płynami) a ciało obce można było wykazać w tém samém miejscu. Do wydobycia ciała obcego pozostawały 2 drogi: 1) oesophagotomija zewnętrzna podług Macleana i 2) gastrotomija. R. obrał 2gi sposób postępowania celem wydobycia ciała obcego. Przez 2 dni przed operacyją odżywiano chorego lewatywami. Cięcie poprowadził R. wzdłuż lewego łuku żebrowego 6 cali długie; wydobył przez nie żołądek, który asystenci ujęli w ciepłe aseptyczne okłady. Pomiędzy obiema krzywiznami zrobił małe cięcie, w które wprowadzone kleszcze nie dały się wsunąć w otwór wpustu do żołądka. Cięcie następnie przedłużył wprowadził w nie całą prawą rękę, następnie w otwór wpustu do żołądka. Ciało obce tkwiące 2 cale powyżéj przepony łatwo wyczuł i wydobył manipulując ostrożnie palcem wskazującym i średnim. Szew kuśnierski na żołądku sposobem Lemberta. Wyzdrowienie zupełne powikłane objawami płucnemi, prawdopodobnie z powodu przedarcia przez zabiegi palcami ropnia naokoło przełykowego i wypróżnienia tegoż do płuca.

Ostatniéj zimy operował autor na 60 trupach i zrobił następne spostrzeżenia. Najpierw starał się zbadać położenie ciał obcych w przełyku w stosunku do wpustu do żołądka i chrząstki pierścieniowéj a to w celu przekonania się, czy drogą gastro- czy oesophagotomii ciało obce da się lepiéj dosięgnąć. Dalsze pytania, które sobie zadał, były następujące: która część przełyku jest przystępną dla palca po oesophagotomii zewnętrznéj, a która po gastrotomii? Jakie jest najlepsze cięcie dla gastrotomii w celu dosięgnięcia wpustu do żołądka palcami? Wreszcie, jakie jest najlepsze cięcie w żołądku?

Przy znajomości oddalenia ciała obcego od górnych zębów siecznych i od wpustu do żołądka łatwo ocenić, czy zatkania można dosięgnąć od dołu. W 55 przypadkach mierzono oddalenie zębów siecznych od otworu w przeponie; okazało się ono mniéj lub więcéj stałém; średnio wynosiło ono 14⅛ cali (36,8cm.). Wysokość ciała badanego nie ma na to oddalenie żadnego wpływu. Największe oddalenie wynosiło 17 cali, najmniejsze 10½ cali. Średnie oddalenie chrząstki pierścieniowéj od otworu w przeponie wynosiło 7⅓ cali; największe to oddalenie wynosiło 9¾, najmniejsze 6½ cali. Wszystkie części połyku są przystępne dla palców tak drogą gastro- jak i oesophagotomii zewnętrznéj.

Najpierw wykonywano w tych przypadkach gastrotomiję zewnętrzną w zwykły sposób; następnie otwierano żołądek i wprowadzano 2 palce lewéj ręki do otworu wpustu. Następnie wprowadzano palec wskazujący prawéj ręki do rany w przełyku zadanéj przy oesofagotomii. Palce obu rąk dały się zbliżyć do siebie z łatwością w każdym niemal przypadku, a nawet dawały przesuwać się jedne nad drugiemi. Monety i inne ciała mogła jedna ręka podawać drugiéj. Po wykonaniu gastro- i oesophagotomii i wprowadzeniu w wyż opisany sposób palców obu rąk do obu otworów łatwo jest bardzo dosięgnąć ciała obcego bądźto górnemi, bądź dolnemi palcami. Każdy więc punkt przełyku ludzkiego daje się dosięgnąć palcami. Wydawałoby się, że na trupach łatwiéj da się to uskutecznić z powodu zwiotczenia przepony; przepona jest jednak w miejscu przejścia przełyku stale przytwierdzoną do kręgosłupa, trudności więc u żyjącego nie powinny być większe. Doświadczenia te wykazały, że palcem

można wejść na 3 całe powyżéj wpustu do żołądka, tj. wprowadzić cały palec środkowy lewéj ręki. Przez ranę w szyi można dojść również głęboko, a w niektórych przypadkach można z łatwością dosięgnąć łuku aorty a nawet zahaczyć o takowy palcem. Oddalenie środka rany w szyi od przepony wynosiło nieco więcéj niż 6 cali; oddalenie zatém dolnego końca rany w szyi od przepony mogło wynosić $5^1/_2$ — 6 cali. Ciała obce zatém usadowione poniżéj odległości 6 cali od chrząstki pierścieniowéj dadzą się łatwo dosięgnąć palcami od dołu, usadowione powyżéj téj odległości dadzą się najlepiéj dosięgnąć górną raną. Co do cięcia w powłokach brzusznych to doświadczenia autora wykazały, że poprowadzone wzdłuż łuku żebrowego lewego jest najodpowiedniejsze do wprowadzenia ręki do żołądka; przy takowém także wydostaniu treści żołądkowéj na zewnątrz latwiéj da się zapobiedz. Cięcie w żołądku należy prowadzić więcéj na lewo i w pewnéj odległości od krzywizny górnéj, aby uniknąć nadwerężenia ważniejszych naczyń. Przy wydobyciu żołądka na zewnątrz należy wyprostować krzywiznę mniejszą. W tym celu asystent powinien stać po lewéj stronie chorego i uchwycić krzywiznę większą. Operator stojąc po prawéj stronie chorego chwyta krzywiznę mniejszą i napina ją w ten sposób. Cięcie w żołądku powinno być dostateczném do wprowadzenia najprzód narzędzia. Za wykonaniem gastrotomii w takich razach przemawia i ta okoliczność, że przy ściąganiu ciała na dół trudniéj jest uszkodzić ważne narządy aniżeli przy wyciąganiu ciała obcego do góry; ciało znajduje się zazwyczaj bliżéj wpustu do żołądka a więc przy wydobywaniu gastrotomiją ma odbyć mniejszą drogę.

Wreszcie niebezpieczeństwo gastrotomii w obecnych czasach znacznie się zmniejszyło dzięki postępom antyseptyki i techniki operacyjnéj. Od czasu wykonania z korzyścią gastrotomii przez Labbego w r. 1875 żaden przypadek laparotomii albo gastrotomii dla ciała obcego nie zakończył się zejściem śmiertelném. Wskazania do téj operacyi stanowiłyby ciała obce w połyku i zwężenie tegoż narządu. *(The Lancet.* October 8, 1887). *Dr. Bańcz.*

Medycyna sądowa.

Prof. Reubold: **Uiber Pancreasblutung vom gerichtsärztlichen Standpunkte.** Leipzig, 1887, in 4to.

Na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytym we Wrocławiu w r. 1874, prof. Zenker zwrócił uwagę na 3 przypadki nagłéj śmierci, w których znalazł krwotok do trzustki jako jedyną przyczynę śmierci, a ponieważ trudno było pojąć, jakim sposobem mierny krwotok trzustkowy mógł śmierć nagłą wywołać, przypuszczał zmiany w splocie słonecznym i w zwoju półksiężycowym (*Uiber tödtliche Pancreasblutung, D. Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1874, Nr. 41, Przegląd Lekarski, 1875, Nr. 17). Teoryję tę swoją wprowadził Zenker następnie do praktyki sądowolekarskiéj, gdy w r. 1883 jako referent Wydziału lek. w Erlandze miał do ocenienia przypadek śmierci z zadławienia, w którym nadto znaleziono „w tkance komórkowatéj naokoło główki trzustkowéj, nadto pod otrzewną przeponową nad nerką lewą wynaczynienie objętości bobu i orzecha laskowego“; w tym przypadku orzekł Z., że najbliższą przyczyną śmierci było wynaczynienie trzustkowe, które odruchowo sprowadziło porażenie serca, a dławienie przyczyniło się tylko do śmierci (Rehm, *Aus der gerichtsärztl. Praxis, Friedreichs Blätter f. ger. Medicin*, 1883, pag. 331). Gdy nadto Kollmann (*Aerztl. Intelligenzblatt*, 1880, Nr. 39) ogłosił dwa podobne przypadki, a Eichhorst (*Realencyklopädie*, t. II, str. 43, wyd. 1sze) i Senn (p. *Przegląd Lek.* 1887, Nr. 39—41) wynaczynieniom w mowie będącym również przypisywali znaczenie wielkie, gdy wreszcie E. Hofmann (w ostatniém wydaniu swego dzieła str. 362) twierdzenie Zenkera podaje bez uwag, — zdawałoby się, że przypuszczenie to uzyskało obywatelstwo w medycynie sądowéj, tém bardziéj, że w sposób niby przedmiotowy tłumaczyło przyczynę śmierci w niektórych przypadkach, w których dotąd podstawy anatomicznéj do wyjaśnienia śmierci nie ma.

Reubold wychodząc z zasady arcysłusznéj, że medycynie sądowéj nie wolno zejść z podstawy faktów dokładnie wyjaśnionych i że w orzeczeniach nie powinno się stosować zdań, niemających jeszcze uznania powszechnego, że medycynę sądową porównać można z ciężkiemi działami, które posuwać się mogą tylko w miejsca przez korpus główny należycie rozpoznane, — zastanawia się, o ile praktyka sądowolekarska może korzystać z nauki Zenkera o krwotoku trzustkowym.

Według Klebsa nietylko krwotok sam do trzustki, ale towarzyszące mu sprawy zapalne, a głównie zadrażnienie otrzewny, są powodem silnego bólu, czasem w skutek cierpienia trzustki powstającego, a Balser nekrozę tłuszczową, która względnie często w trzustce występuje, a któréj towarzyszą krwotoki, poczytuje jako schorzenie śmierć wywołujące, podczas gdy Zenker przeciwnie główny nacisk kladzie na krwotok, który przez zadrażnienie splotu słonecznego staje się przyczyną porażenia serca i śmierci. Jednak już *a priori* powstają wątpliwości pod względem doniosłości tych zjawisk, jeżeli się uwzględni, że trzustka w organizmie zdaje się nie odgrywać roli znacznéj. Trudno przypuścić, aby gruczoł dla regularnego biegu życia tak obojętny, miał tyle wpływać na śmierć nagłą. Wszakże znosi on zmiany i urazy ogromne, tak ostre jak przewlekłe, bez szkody dla organizmu, a krwotok lub ucisk przezeń wywołany miałby mieć tak wielkie znaczenie?

Po dłuższym wywodzie teoretycznym R. dochodzi do wniosku, że krwotok do trzustki najczęściéj jest objawem towarzyszącym innéj chorobie ważnéj (tak np. w przypadkach opisanych przez Kollmanna krwotok wystąpił raz obok niedomykalności zastawki dwukończystéj i wysięku opłucnowego, w drugim przypadku obok rozedmy płucnéj połączonéj z puchliną osierdziową, piersiową i brzuszną, gdzie więc prędzéj dopatrzyć się można było przyczyny śmierci w uduszeniu aniżeli w krwotoku trzustkowym) a Friedreich zwrócił uwagę, że krwotok ten towarzyszy często wadom sercowym i stłuszczeniu serca. Zresztą uwzględnić należy, że krwotoki występują nietylko w skutek zastoin ale i skutkiem zboczeń naczynioruchowych, a jak w uduszeniu i otruciu, np. za pomocą arszeniku, wynaczynionki już nie uchodzą jako skutek działania miejscowego, lecz jako następstwo zboczeń wywołanych w ośrodku nerwowym, tak też w podobny sposób zapatrywać się należy na wynaczynienia trzustkowe.

Autor przytacza z własnéj praktyki 3 przypadki wynaczynień trzustkowych, które znalazł raz u kobiety otyłéj, zmarłéj z otrucia morfinowego, drugi raz u mężczyzny, który sam się powiesił, a trzeci u mężczyzny, który umarł z krwotoku skutkiem zranienia żyły udowéj. W tych przypadkach przyczyna śmierci była jasną, a nikt wątpić nie może, że wynaczynienia trzustkowe miały znaczenie uboczne, podrzędne. Z tych powodów autor stoi na stanowisku Klebsa, który wyraża się o trzustce, że „anatomija patologiczna poprzestać musi na zapisywaniu poszczególnych zmian tego przyrządu,

ponieważ wartości ich oceniać nie umie z pewnością w każdym przypadku“ i streszcza wywód swój ostatecznie w następujących zdaniach:

1) Wątpliwą jest rzeczą, czy krwotok trzustkowy wywołuje śmierć nagłą.

2) Jeżeli w przypadku śmierci nagłéj napotykamy krwotok trzustkowy, należy go uważać jako objaw zboczeń w krążeniu, które śmierć wywołać mogły.

3) W przypadkach śmierci nagłéj należy zwrócić uwagę na trzustkę o tyle, o ile częstokroć sama jedna oddziaływa na owe zboczenia wynaczynieniem, przez co ułatwić może rozpoznanie owych zboczeń. *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 21 maja 1887 r.

Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż kol. Wiczkowski urządziwszy pracownię chemiczno-patologiczną przy szpitalu powszechnym, zaprasza członków do korzystania z niéj w razie potrzeby.

Kol. Ziembicki przedstawia torbiel jajnika, ogromnéj wielkości, wydobyty przez siebie przed kilku dniami. Chora żyje i ma się dobrze.

Kol. Laskiewicz miał dalszy ciąg odczytu, niedokończonego na ostatniem posiedzeniu: „O sekcyi mózgu“, przyczem okazał: długi spiczasty nóż podobny do amputacyjnego, nadający się do wykonania licznych cięć przez mózg, i następnie długi cieniutki obosieczny nóż z zaokrąglonym ostrym końcem szerokim na 2 cm., którym można robić nawet mikroskopowe cięcia przez mózg; wreszcie jednę sztukę dłutów Brunelliego lekko łukowato zakrzywionych w około osi poprzecznéj, trójkątnych o przedniéj ostréj dłutkowatéj stronie. Prosta linija jednéj strony dłuta idąca w kierunku osi rękojeści wydłuża się poza dłuto w kształcie tępego wyrostka, raczéj dzioba żelaznego długości 2 cm., grubości w przecięciu 3 mm. Koniec ten wprowadza się w przewód pacierzowy i przez uderzenie młotkiem w rękojeść, przednia ostra strona dłuta przecina kręgi pacierzowe.

Następnie kol. Laskiewicz odczytuje historyję choroby i wynik sekcyi dokonanéj na pewnym paralityku, demonstrując tegoż prawy płat czołowy, uległy sprawie chorobowéj.

W dyskusyi kol. Feigel wyraża zdanie, iż okazana przez prelegenta cysta apoplektyczna uważana być może jako *encephalitis*, przyczem omawia podobny przypadek niedawno przezeń sekcyjonowany.— Kol. Kadyi jest zdania, że za granicę dolną rdzenia przedłużonego winno się uważać to miejsce, z którego wychodzą pierwsze nerwy szyjne. — Kol. Mahl porusza kwestyję choroby t. zw. Railway spine, powstającéj przez wstrząśnienie przy zderzeniu się pociągów i radzi ostrożnie orzekać w takich przypadkach co do przyczyny cierpienia. Kol. prelegent odpowiada, że demonstrowaną cystę dla tego należy uważać za apoplektyczną, bo ściany jéj są wyścielone gładką błonką z tkanki łącznéj, bo na téj ścianie pozostały jeszcze drobne złogi barwika żółtawego, bo przez cystę przechodziło kilka przegródek (zazwyczaj) przy encefalityczném rozmiękczeniu zniszczonych, bo wreszcie przebieg choroby, zbiór porażeń i znieczuleń odpowiadał w zupełności obrazowi porażenia, jakie tak często pozostaje po apopleksyi.

Z kolei kol. Szpilman przytoczył przypadek zastósowania badania bakteryjologicznego w medycynie sądowéj.

W dyskusyi kol. Feigel sądzi, iż skutek takich badań przewidzieć można nawet bez ścisłych dochodzeń. Kol. Ziembicki nawiązując słowa swe do uwagi kol. Szpilmana, że i chirurdzy za zanieczyszczenie rany mogą być pociągani do odpowiedzialności, odpowiada, że dobremu chirurgowi w obec dzisiejszéj antiseptyki coś podobnego wydarzyć się nie powinno. A jeżeli mimoto przebieg pooperacyjny zostawia wiele niekiedy do życzenia, wina tego leży w małéj odporności organizmu. Kol. Laskiewicz obserwował, iż tak małe uszkodzenie skóry, jak jest wstrzyknięcie podskórne, wywołuje często u chorych umysłowo ze skórą surowiczo naciekłą, np. pijaków, ropnie flegmon., przyczém wspomina o śmierci jednego ze swoich kolegów, który zginął przez zakażenie rany po wyjęciu zęba bawiąc w prosektoryjum anatomo-patologicznėm. *Dr. Wiczkowski.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

K. Buchner (Monachijum): **Jakie jest usposobienie różnych ras ludzkich do rozmaitych chorób zakaźnych?**

B. podzieliwszy sobie choroby zakaźne na takie, których zarodki rozwijają się tylko w ustroju ludzkim *(endogen)*, i na takie, które się po za nim rozwijają *(ektogen)*, zastanawia się nad tém, jak się w obec nich zachowują ludzie i jak one na nich wpływają w różnych okolicach świata, w innych strefach, jeśli tam z innéj części kuli ziemskiéj się osiedlą. Do pierwszych zalicza gruźlicę i dur powrotny, których prątki i zarodki, zdaniem B., po za ustrojem albo trudno, albo wcale się nie rozmnażają, a do drugich te, których zarodki dla rozwoju swego potrzebują wody, ziemi, miejsca odpowiedniego. Niestety nie ma dostatecznych podstaw i wykazów, jak się w obec wszystkich chorób zakaźnych zachowują w różnych okolicach ziemi krajowcy, a jak przybysze, jak rasa biała a jak czarna. O zimnicy można na pewne powiedzieć, że przybysze (np. Europejczycy w Afryce lub Ameryce) o wiele mniéj są odporni aniżeli krajowcy, że ostatni ulegają jéj wprawdzie także, ale śmiertelność ich na tę chorobę jest daleko mniejsza; B. przypuszcza u nich charakter przewlekły a nie tak ostry jak u Europejczyków, u rasy białéj, a w rozmnażaniu się rasy czarnéj wcale nie wchodzi w rachubę jako okoliczność powstrzymująca lub przeszkadzająca. Wszyscy się na to zgadzają, że rasa czarna szczególnie jest odporną na żółtą febrę, podczas gdy ta zawsze rasę białą dziesiątkuje. Inaczéj rzecz się ma z chorobami, których zarodniki i prątki rozwijają się w samym ustroju ludzkim. Na ospę nawet wtedy, kiedy rasy białéj jeszcze nie szczepiono, w Egipcie, zachodniéj Afryce, Peruwii, północnéj Ameryce, więcéj zapadali czarni niż biali, przebieg ospy u nich był o wiele cięższy niż u białych, a śmiertelność znaczniejsza. To samo można powiedzieć o gruźlicy. Co do innych chorób albo nie ma dokładnych dat, albo nie można stanowczo za jedną lub drugą stroną się oświadczyć W każdym razie wysnuwa B. następujące dwa wnioski:

a) Europejczycy są narażeni przez stykanie się z murzynami na zarażenie się jadem chorób zewnątrz organizmu się rozwijającym;

b) rasa czarna, zetknąwszy się z chorym białym, ulega bardzo łatwo téj saméj chorobie, która u niego o wiele ostrzéj i gorzéj przebiega. Powinny téż rządy, którym na utrzymaniu ginącéj coraz liczniéj rasy czarnéj, jako klasy robotniczéj, zależy, wydać pewne w tym kierunku zarządzenia i przepisy. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 38). *H. K.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu oddziału matem.-przyrodniczego Akademii węgierskiéj w Budapeszcie miał prof. Höyges wykład „o nowym sposobie ochronienia od zarażenia wścieklizną“. Jeżeli się z jadu wścieklizny, otrzymanego na drodze szczepienia z królików na króliki przez kilka pokoleń, przygotuje rozczyny wodne różnego zgęszczenia i z nich w pe-

wnym porządku, od słabszych do mocniejszych przechodząc, wstrzykuje psom pod skórę, można je na pewne zabezpieczyć od zarażenia wścieklizny. W ten sposób zabezpieczony pies nietylko jest odporny na jad przez ukąszenie do jego ustroju się dostający, ale nawet na jad wścieklizny najniebezpieczniejszy, pod opony mózgowe zaszczepiony. Cztery w ten sposób zabezpieczone psy znajdują się w zakładzie patologii ogólnéj. Zdaniem H. jest jego metoda pewniejszą i bardziéj prostą aniżeli metoda Pasteura; po przedstawieniu swojéj metody, mówił H. w dalszym ciągu wykładu o odporności i jéj powstawaniu. Zarówno przy metodzie Pasteura jak i przy jego metodzie ustrój pomału przyzwyczaja się do jadu wścieklizny, tak jak ustrój przyzwyczaja się do arsenu, a układ nerwowy do morfinu. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 42).

○ Szerzenie się chorób zakaźnych przez wypożyczalnie książek. Nieraz już wskazywano na możliwość zawleczenia chorób zakaźnych przez książki; następne spostrzeżenie jednego z lekarzy angielskich wykazuje dobitnie, że to niebezpieczeństwo w rzeczywistości istnieje. Odwiedzając chorego na płonicę spostrzegł Dr. Taylor Simson w Lavender Hill w ręku chorego książkę z wypożyczalni, a gdy w tydzień późniéj wezwany został znów do innego chorego na płonicę, zastał na stole leżącą tę samą książkę. Przy dopytywaniu przekonał się, że choroba pojawiła się w 2 dni po wypożyczeniu książki. Przypadek ten dowodzi, jak ostrożnym być należy z takiemi książkami oraz jak konieczną i pożyteczną jest desinfekcyja książek biblijotecznych, które były u chorych, zaprowadzone w niektórych miastach angielskich. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 20).

* **Cholera** trwa jeszcze w Rzymie; aż do 19 października zachorowało osób 515 a umarło 204; w Neapolu ustała a zmniejszyła się w Mesynie, gdzie od 1 września do 14go października chorowało 2298 osób, a umarło 939. Również zgasła w Palermie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·5. Z plonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (2 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 4 (4 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach dławca, 4 płonicy, 3 krztuśca, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 2—8 października umarło z ospy: w Tarnopolu 1, w Tryjeście 9, w Budapeszcie 2, w Rzymie 6, w Paryżu 4, w Warszawie 23, w Petersburgu 1. Z odry umarło w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 1, w Londynie 10, w Kopenhadze 33. Z plonicy umarło we Lwowie 4, w Brodach, w Drohobyczu, Przemyślu i Tarnowie po 1; w Warszawie 10, w Londynie 48, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 6, w Paryżu 23, w Rzymie 6, w Londynie 13, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 3, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi i Tarnopolu po 1. Z krztuśca umarło we Lwowie i w Wiedniu po 1, w Londynie 38. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 3, w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Berlinie 31, w Wrocławiu 13, w Dreźnie i Lipsku po 8, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 24,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 21,8; w Kołomyi 37,7; w Przemyślu 34,6; w Stanisławowie 22,4; w Tarnopolu 43,1; w Tarnowie 28,3; w Czerniowcach 37,7; w Warszawie 32,7; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 20,9; w Salcburgu 19,3; w Gracu 20,2; w Tryjeście 40,4; w Insbruku 18,6; w Pradze 33,8; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 28,0; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 20,2; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 20,5; w Hamburgu 25,7; w Kolonii 19,0; w Królewcu 31,7; w Lipsku 15,3; w Mnichowie 24,1; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 21,8; w Chrystyjanii 13,2; w Kopenhadze 25,1; w Londynie 15,7; w Odesie 29,0; w Paryżu 19,2; w Petersburgu 21,4; w Rzymie 23,9; w Stokholmie 26,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 17 listopada. Na dorocznem posiedzeniu Akademii Umiejętności wybrany został jednogłośnie prezesem na dalsze 3 lata prof. Majer; następnie członkiem czynnym prof. Kopernicki, członkiem korespondentem zaś prof. Cybulski.

* W sobotę przeszłą radca miejski prof. Domański demonstrował licznie zebranym członkom Tow. lekarskiego szczegóły miejskiego zakładu desinfekcyjnego na Dajworze. Opis tego zakładu podamy niebawem.

* Jeden ze znakomitszych fizyków pruskich, zamierzając ogłosić zbiór orzeczeń Wydziałów i kolegijów lekarskich, udał się do prof. Blumenstoka z prośbą o zezwolenie, aby kilka lub kilkanaście orzeczeń Wydziału lek. krakowskiego mogło być umieszczonych śród orzeczeń gron niemieckich. Temu zaszczytnemu wezwaniu czyniąc zadość, prof. B. zarządził kosztem wydawcy tłumaczenie na język niemiecki niektórych orzeczeń Wydziału lek.

* **Praga czeska**. Pod przewodnictwem burmistrza utworzyło się tu Towarzystwo, mające na celu założenie drugiego szpitala dla dzieci. Towarzystwo to składa się z czterech kategoryj członków, w miarę, czy wkładka ich jednorazowa wnosi 5000, 3000 lub 1000 zła. lub składka roczna w kwocie 10 zła.

Za inicyjatywą Wydziału lek. czeskiego odbędzie się 17go grudnia w auli uniwersyteckiéj uroczystość 100-letnich urodzin Purkyniego. Przy téj uroczystości mówić będą proff. Tomsa i Vejdovsky.

* **Wiedeń**. W miejsce Dra Ullmanna, mianowanego dyrektorem szpitala Rudolfa, mianowany został koncypistą ministeryjalnym w departamencie sanitarnym Ministerstwa spraw wewnętrznych Dr. Józef Deimer, dotychczasowy koncypista przy Namiestnictwie tyrolskiém.

* **Paryż**. Na wniosek Brown-Séquarda Cesarz brazylijski mianowany został Członkiem honorowym Tow. bijologicznego.

Chemik Chevreuil w d. 3 września r. b. rozpoczął 102 rok życia swego. W dniu tym o godzinie 1éj odwidził posiedzenie komitetu dla sztuk i rękodzieł, a o godz. 3éj przewodniczył na posiedzeniu Tow. agronomicznego, którego jest wiceprezesem.

* Dr. Kurłow, stypendysta Akademii lek. w Petersburgu, pracując w gabinecie bakteryjologicznym Bollingera w Monachijum, zraniwszy sobie palec zaraził się jadem karbunkułowym; w skutek czego prof. Nussbaum uznał za potrzebne wyłuszczenie gruczołów pachowych.

* Langenbecka *Archiv f. klin. Chirurgie* wychodzić będzie nadal pod redakcyją Bergmanna, Billrotha i Gurlta.

* W godzinę po straceniu mordercy Pranziniego odbyła się sekcyja jego zwłok w obecności prof. Brouardela. Pomiędzy innemi sprawdzono żywe ruchy plemników. *St. Petersb. med. Woch.* wspominając o tém dodaje wykrzyknik przy wyrazach: „przynajmniéj o $1\frac{1}{2}$ godziny po śmierci“; z czego wynika, że zdaje się niedowierzać temu wynikowi badania drobnowidowego. A przecie wiadomo, że ruch plemników, zwłaszcza, jak w tym przypadku, w nasieniu wydobytém z pęcherzyków nasiennych, utrzymuje się czasem nie $1\frac{1}{2}$, lecz kilkadziesiąt godzin po śmierci, a myśmy nawet w nasieniu z cewki moczowéj wypływającém mogli sprawdzić raz bardzo żywy ruch plemników, pomimo, że sekcyja odbyła się co najmniéj w 30 godzin po śmierci.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kiel**. Systemizowaną tu będzie katedra higijeny a w połączeniu z nią stanie zakład higijeniczny — **Królewiec**. Prof. Naunyn powołany został do Strasburga jako następca Kussmaula, przechodzącego w stan spoczynku. — **Insbruk**. Na katedrę anatomii patol., opróżnioną w skutek śmierci Schotta, Wydział przedstawił jedynego kandydata w osobie prof. Weichselbauma w Wiedniu. — **Paryż**. W Wydziale lekarskim półrocze zimowe zaczęło się d. 3 bm. Wykładają obecnie: fizykę lekarską Gabriel, patologiję Dieulafoy, chemiję lekarską Gautier, chirurgiję ogólną Lannelongue, chirurgiję praktyczną Duplay, histologiję Duval, anatomiję patologiczną Cornil, historyję medycyny Laboulbène, medycynę sądową Brouardel, klinikę lekarską: Sée, Potain, Jaccoud, Feter; klinikę chirurgiczną: Richet, Verneuil, Trélat, Le Fort; psychijatryję: Ball; pedyjatryję Grancher; choroby kiłowe i skórne: Fournier; choroby nerwowe: Charcot; oczne: Panas; położnictwo: Du Budin. — **Petersburg**. Prof. nadzw. dyjagnostyki chorób wewn. Dr. Czudnowski wybrany został prof. zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali starsi lekarze Drowie Stanisław Steiner i Jan Kudas, pierwszy ze szpitala wojskowego krakowskiego do pierwszego pułku ułanów a ostatni ze szpitala wojskowego lwowskiego do 3go pułku ułanów.

* **Nekrologija** D. 4 bm. umarł w Dorpacie Dr. fil. Zygmunt Rościszewski, docent agronomii w tamecznym zakładzie weterynarskim, po długich cierpieniach. Urodzony w r. 1846 w Suwałkach po wielu burzliwych przejściach uzyskał dyplom doktora filozofii w Lipsku. Prof. Settegast zwrócił uwagę na młodego a zdolnego pracownika, który wkrótce mianowany został naprzód adjunktem profesora w zakładzie żabikowskim a potém profesorem zootechniki. Gdy nagle piękny ten zakład polski zamknięty został z rozkazu rządu pruskiego, R. przeniósł się do Lwowa jako docent prywatny, zkąd powołany został jako docent agronomii do zakładu weterynarskiego w Dorpacie. Zaledwie tu się pomieścił, gdy ciężka choroba przerwała kres jego pracowitego życia. Z *Neue Dörptsche Ztg.* z d. 5 i 7 bm. dowiadujemy się, jak wszyscy, którzy znali nieboszczyka, bez różnicy narodowości, czcili go za życia i ostatnią cześć mu oddali. W imieniu zakładu weterynarskiego mówił nad grobem radzca stanu Klever, w imieniu stowarzyszenia polskiego „Lutycyja“ student Filipowicz, w imieniu studentów wszystkich Panin, imieniem weterynarzy rosyjskich Lisyzyn, wreszcie jako jeden z przyjaciół Mag. Ickowicz. W trzech językach brzmiały słowa pochwalne i żałobne na cześć zmarłego, — wielkie to uznanie i niezwykłe, jeżeli się zważy, że śp. R. zaledwie od roku bawił w Dorpacie. Z prac jego przytaczamy: umieszczone w archiwie Virchowa w r. 1875 p. t. „*Zur Kenntniss der Dignathie*“ i rozprawę „Nieco o zapłodnieniu u ssących“ drukowaną w Kosmosie w r. 1876. Cześć pamięci zacnego męża!

W Budapeszcie umarł nestor lekarzy tamecznych Dr. Ignacy Havas w 85 roku życia; był on dziekanem Wydziału lek. przed r. 1848, radzcą królewskim i kawalerem orderu św. Szczepana.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli (dok.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 46: Dobrzyckiego: Kilka słów o wskazaniach do kąpieli elektrycznych; Drzewieckiego Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu (dok.).

Sprostowanie. W Nr. 46 str. 622 zamiast *Aetheris sulf.* 30,0 powinno być: 3,0.

Redakcyja otrzymała:

Sprawa wodociągowa krakowska. Kraków, 1887 in 8vo str. 78.

Dr. A. CULLERRE: Magnetyzm i hypnotyzm. z 2go wydania francuskiego przełożył I. Wł. Dawid z 28 drzeworytami, Warszawa 1887 in 8vo str. 324.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1885. Lwów, 1887 in 4to str. 43.

Dr. JASIŃSKI: Umysł a ciało (Odbitka z *Dziennika Polskiego*), Lwów 1887 in 8vo str. 19.

TENŻE: Nagła śmierć w szkole. (Odbitka z *Dziennika Polskiego*), Lwów 1887 in 8vo str. 29.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 listopada o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Obaliński przedstawi kilku chorych, a doc. Gluziński będzie miał wykład: O zmianach chlorków w moczu w chorobach żołądkowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę I. elewa do dnia 23 listopada b. r., a na II. elewa do dnia 30 listopada b. r. przy klinice chirurgicznéj.

Podania należy wnieść na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego.

Kraków dnia 16 listopada 1887 r. *N. Cybulski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 26 Listopada 1887. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Obustronne ostre zapalenie gruczołu łzowego.
(*Dacryoadenitis acuta bilateralis*).

Podał Dr. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

Jeśli w ogóle zmiany chorobowe gruczołu łzowego słusznie zaliczane bywają do najrzadszych cierpień części dodatkowych narządu wzrokowego, to w szczególności możemy to powiedzieć o zapaleniu tego gruczołu. Zapatrywanie to podzielają niemal wszyscy znakomitsi tegocześni klinicyści, z wyjątkiem chyba Knappa i Kippa, z dawniejszych J. A. Schmidta, którzy nierzadko z cierpieniem powyższém spotykać się mieli. I tak jeszcze w r. 1856 Arlt w dziele swojém: *Die Krankheiten des Auges* nie waha się przyznać, iż w mowie będącego cierpienia dotąd nie spostrzegał, Michel zaś rozpoczyna odnośny rozdział w dziele: *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1884 od słów: *die Entzündung der Tränendrüse ist als eine seltene Erkrankung zu bezeichnen* itd. Podobnie wyrażają się i inni autorowie. Przejrzawszy odnośną literaturę z ostatnich lat 20 i napotkawszy zaledwie 17 dokładniéj opisanych przypadków ostrego zapalenia gruczołu łzowego, powziąłem mimowoli podejrzenie, iż twierdzenie Knappa i Kippa jedynie chyba na pomyłce, łatwo tutaj wydarzyć się mogącéj, polegać musi w obec rzadkości tego cierpienia. Sądzę więc, że usprawiedliwioną będzie wiadomość o przypadku, który świeżo miałem sposobność spostrzegać w klinice okulistycznéj prof. Rydla, a to tém bardziéj, iż rozpoznanie pewne nie napotykało na żadne trudności, sam zaś przypadek różni się poniekąd od dotąd opisanych.

Dnia 12 października b. r. zgłosił się do naszego zakładu Andrzéj J., lat 23 liczący, wyrobnik z Krakowa, w celu zasięgnięcia porady lekarskiéj. Chory podaje, że przed dwoma tygodniami przebył dysenteryję, obecna zaś choroba ócz, dotąd zupełnie zdrowych, trwa od dni czterech; naprzód uczuł on ból lekki w okolicy zewnętrznego kącika szpary powiekowéj prawéj, przyczém zauważył szybko wzmagające się opuchnięcie górnéj powieki i niemożność podnoszenia téjże; na drugi dzień wystąpiły te same objawy na powiece górnéj oka lewego. Przyczyny żadnéj podać nie umie, uraz stanowczo wyklucza.

Stan obecny:

Prawe oko: Powieka górna silnie surowiczo obrzękła, wypukła się w kształcie poziomego wału ku przodowi, szczególnie w zewnętrznéj swéj połowie. Skóra na niéj zaczerwieniona i napięta. Wewnętrzna połowa powieki przy dotykaniu palcem miękka, ciastowata i niebolesna; w zewnętrznéj natomiast czujemy pod miękkim surowiczym obrzękiem powieki w głębi guz twardy o powierzchni wyraźnie zrazikowatéj i przy dotykaniu silnie bolesny. Dolna jego granica lekko kulista i ostro od otoczenia odgraniczyć się dająca, sięga na szerokość 13 milimetrów poniżéj górnego kostnego brzegu oczodołu; zewnętrzna dochodzi aż do kącika zewnętrznego szpary powiekowéj; ku górze natomiast grubiejąc coraz bardziéj gubi się guz po pod zewnętrzną częścią górnego kostnego brzegu oczodołu nie dając się w tym kierunku należycie odgraniczyć. Postać całego guza poziomo owalna. Po odwinięciu powieki górnéj, obwisłéj z powodu obrzęku, znajdujemy zewnętrzną połowę górnego załamka spojówki wygładzoną, a po przez zaczerwienioną i w tém miejscu miernie zgrubiałą spojówkę daje się wymacać palcem ciało o tych samych własnościach, które wyżéj podałem. Spojówka powiekowa w całości, gałkowa tylko w zewnętrznéj swéj połowie silnie zaczerwieniona i obrzmiała; mierna wydzielina śluzowa, wydzielanie łez widocznie nie zmienione. Gałka oczna w pojedynczych swych częściach prawidłowa; jéj ułożenie w oczodole jakoteż ruchy zupełnie prawidłowe.

Lewe oko okazuje ten sam obraz chorobowy co prawe z tą tylko różnicą, że obrzmienie powieki górnéj, jakoteż guz wymacać się dający mają nieco mniejsze rozmiary, niż na oku prawém. Ogólne odżywienie chorego pozostawia dużo

do życzenia, błona śluzowa ust blada, skóra barwy ziemistéj, tkanka podskórna wiotka, w ogóle ślady niedawno przebytéj ciężkiéj choroby. W obec tego obrazu chorobowego rozpoznanie ostrego zapalenia dolnéj części obu gruczołów łzowych nie ulegało żadnéj wątpliwości. Choremu przyjętemu do kliniki stałéj stosowano okłady lodowe, wcierano co 3 godziny szaruchę w skronie, podano lekki środek przeczyszczający i pokarmy posilne. Już następnego dnia skóra na powiece górnéj prawéj zaczęła się marszczyć, a więc obrzmienie widocznie zmniejszać, podczas gdy na lewém oku obrzmienie powieki i wielkość guza w głębi wzmogły się do tego stopnia jak poprzednio na oku prawém Następnego dnia nastąpił widoczny zwrot ku lepszemu po obu stronach, obrzmienie bowiem powiek jakoteż wielkość i bolesność guza zmniejszały się odtąd z dniem każdym, tak iż 17 b. m., a więc 6go dnia pobytu w klinice, ustąpiły zupełnie. Przy wyjściu chorego z kliniki była powieka górna zupełnie prawidłowa, w głębi zaś téjże nie można było wymacać ani śladu poprzedniego guza. Chory opuścił zakład dnia 18 paźdz. b. r.

Przeglądając opisy poszczególnych przypadków ostrego zapalenia gruczołu łzowego, w każdym spotykamy się z obrzmieniem surowiczém powieki górnéj, zajmującém przeważnie zewnętrzną jéj połowę. Objaw ten, rzec można najstalszy ze wszystkich, nie ma większego znaczenia rozpoznawczego, towarzysząc bowiem także częstym w téj okolicy zapaleniom okostny lub tkanki tłuszczowéj stać się może owszem tém łatwiéj powodem pomyłek w rozpoznaniu, iż obrzmienie powieki utrudnia wybadanie części głębiéj leżących.

Niezaprzeczenie najważniejszym objawem jest wykazanie obrzęku gruczołu. Gruczoł łzowy składa się, jak wiadomo, z dwóch dosyć ściśle od siebie odgraniczonych części, z *portio major v. superior*, leżącéj w *fossa lacrym.* w zwykłych warunkach dla badania nieprzystępnéj i z *portio minor v. inferior*, leżącéj ponad zewnętrzną połową górnego załamka, bezpośrednio przy zewnętrznym kąciku szpary powiekowéj. *A priori* sądzić należy, iż powiększenie objętości górnéj połowy sprowadzi w następstwie zmianę w położeniu gałki ocznéj w oczodole, t. j. lekkie wysadzenie téjże ku przodowi z równoczesném obniżeniem ku dołowi i wewnątrz, przyczém ruchy gałki ku zewnątrz i ku górze w wyższym lub niższym stopniu upośledzone zostaną. W razie obrzmienia dolnéj połowy gruczołu staje się natomiast konieczném wykazanie za pomocą dotyku guza o pewnych właściwych cechach i usadowieniu. Rzecz prosta, że w razie zapalenia obu części gruczołu znajdziemy tak objawy właściwe zapaleniu górnéj części gruczołu, jakoteż guz odpowiadający obrzękowi dolnéj jego części.

Z przystępnych mi z literatury 17 przypadków wraz z dołączeniem mojego, znalazłem w 4, t. j. 22·2%, (Gałęzowski [1]), Adler [2]), Pooley [3]) i mój) wyraźną wzmiankę o guzie wymacać się dającym pod górną powieką w okolicy zewnętrznego kąta szpary powiekowéj, mającym powierzchnię gładką, zrazikowatą, od dołu ostro odgraniczonym, konsystencyi twardéj i silnie bolesnym, zaledwie zaś w dwóch dyslokacyję gałki ocznéj wraz z utrudnieniem ruchów w podanym kierunku (Brière [4]), Adler [2])). Zdaje się więc, iż powyższych objawów, ułatwiających znacznie rozpoznanie, często w przebiegu téj choroby niedostaje, skoro w 13 przypadkach nie ma o nich wzmianki. U dwóch autorów znajdujemy wzmiankę o nieprawidłowém zachowaniu się wydzielania łez. Mianowicie w powyżéj podanym przypadku Brière, w którym przyszło do ropienia, wydzielanie łez po stronie choréj było znacznie zmniejszone; po wyleczeniu objaw ten ustąpił tylko w części, wydzielanie bowiem łez stale pozostało nieco upośledzoném. Gayat [1]) również zwraca uwagę na zupełny brak łez w swoim przypadku, przyczém w odpowiedniéj połowie nosa miał chory uczucie niezwykłéj suchości; dolegliwości te jednak, pomimo że i tutaj do ropienia przyszło, ustąpiły z czasem zupełnie. W naszym przypadku nie zauważyliśmy żadnego zboczenia w prawidłowém wydzielaniu łez w ciągu całego trwania choroby, zdaje się więc, że objaw ten jest względnie rzadkim i zależnym przeważnie od stopnia, w jakim zapalenie gruczołu w danym przypadku występuje.

Przebieg ostrego zapalenia gruczołu łzowego bywa zazwyczaj łagodny; w jednym tylko przypadku (Pooley) wystąpiła silna gorączka z mocnym zapadem sił. Objawy zapalne po krótszém lub dłuższém trwaniu ustępują bez śladu, w niektórych jednak razach przychodzi do ropienia, ropa przebiwszy skórę lub też spojówkę sprowadza czasem uporczywą przetokę, z któréj otworku ciecz łzowa wypływa.

Czas trwania choroby bywa bardzo różny. W naszym przypadku wynosił on 10 dni, w przypadku Gayata 14 dni, Adlera 6 tygodni. Gałęzowski, który spostrzegał większą liczbę podobnych przypadków, podaje trwanie na 3—6 tygodni. Dwa razy, a więc w 11%, wystąpiło ropienie gruczołu (Brière, Gayat). Zgadza się to ze spostrzeżeniami innych autorów. Michel w powyżéj przytoczoném dziele wyraża się w téj mierze w następujący sposób: *„der häufigste Ausgang ist die Vertheilung, sehr selten findet eitriger Durchbruch nach der Bindehaut oder der Lidhaut zu statt“*. Cierpienie to nie oszczędza żadnego wieku; najmłodsi chorzy byli dwaj siedmioletni chłopcy, najstarszą była 77-letnia kobieta; jak wiek tak również płeć nie ma żadnego wpływu. Mniéj lub więcéj połowa przypada na mężczyzn, połowa na kobiety. Przyczyny powyższego cierpienia są dotąd zupełnie niejasne. Gałęzowski [2]) zwraca uwagę na występowanie tegoż czasem prawie w postaci epidemicznéj, Pooley [3]) zaś przypuszcza w swoim przypadku powstanie skutkiem *sepsis*. U 24-letniéj dziewczyny cierpiącéj na jaglicę wystąpiło zapalenie dyfterytyczne spojówki lewego oka, które w następstwie zniszczenie rogówki sprowadziło. Gdy już choroba dosięgła okresu śluzotoku, wystąpiły nagle wszystkie objawy ostrego zapalenia gruczołu łzowego po stronie prawéj. P. sądzi więc, że dyfteryja lewego oka wywołała septyczne zapalenie gruczołu oka prawego. Szkoda tylko, iż autor nie podaje dalszego przebiegu choroby i ostatecznego jéj zakończenia. Na 18 przypadków przypada 10, w których albo stan ogólny chorych był zupełnie zadowalającym, albo też nie ma żadnéj w téj mierze uwagi. Z pozostałych 8 (44·4%) było 2 z równoczesném zapaleniem *parotis* (Mumps), 1 wśród odry, 2 wśród przebiegu kiły, 1 wśród *Coniunctiv. diphtheritica*, w naszym zaś przypadku wkrótce po przebytéj dysenteryi. Raz podano za przyczynę przeziębienie. W siedmiu więc przypadkach wystąpiło cierpienie podczas lub po innych chorobach, których powstanie przypisujemy obecnie dostaniu się do ustroju chorobotwórczych mikrobów. Zdaje

[1]) *Recueil d'Ophthalm*, 1873. — [2]) *III Bericht*. Wiedeń, 1876. — [3]) *Sitzungsbericht der amerik.-ophthalm. Gesellschaft*, 1884. — [4]) *Annal. d'Ocul.*, 1874.

[1]) *Annal. d'Ocul.*, 1874. — [2]) *Recueil d'Ophth.*, 1881. [3]) jak powyżéj.

mi się więc usprawiedliwionêm przypuszczenie, że jeśli nie wszystkie, to przynajmniéj znaczna część ostrych zapaleń gruczołu łzowego tym samym czynnikom powstanie swoje zawdzięcza. Oneto dostając się z krwią do tkanki gruczołowéj wywołują zapalenie reakcyjne. Znanym jest przecież w ogóle fakt, że w przebiegu np. tyfusu lub ospy zapalenia rozmaitych gruczołów nie należą do rzadkości. Dla czegóżby więc gruczoł łzowy stanowić miał wyjątek w téj mierze. Opisany przeze mnie przypadek, w którym po przebytéj dysenteryi, bez żadnéj znanéj dotąd przyczyny, wystąpiło obustronne zapalenie, zdaje się powyższe zapatrywanie potwierdzać, a to têm bardziéj, że jego obustronność wszelkie szkodliwości miejscowe stanowczo wyklucza. W dostępnéj mi literaturze nie znalazłem ani jednego przypadku, w którymby zapalenie obustronnie wystąpiło; nasz więc chory stanowi pod tym względem jedyne spostrzeżenie.

Pozostaje mi wreszcie odpowiedzieć na pytanie, czy zapalenie zawsze na cały gruczoł rozszerzać się zwykło, lub też czy tylko w jednéj połowie tegoż wystąpić może. Zale dwie sześć przypadków w téj mierze wyzyskać mogę, w pozostałych bowiem opis jest zbyt niedokładny, iżby jakieś wnioski pod tym względem wysnuwać można. W przypadku opisanym przez Gałęzowskiego, Pooleya i moim jedynym objawem było obrzmienie powieki górnéj i guz wymacalny, w zewnętrznéj połowie téjże usadowiony; innych objawów właściwych zapaleniu górnéj połowy gruczołu zupełnie nie było. Dla tego sądzę, że zapaleniem zajętą była tylko część dolna gruczołu łzowego. Natomiast w przypadkach Brièrea, Gayeta i Adlera wszystkie objawy przemawiają za zajęciem równoczesnêm obu połów gruczołu, obok bowiem charakterystycznego guza pod górną powieką (Adler), gałka oczna miała zmienione położenie w oczodole a wydzielanie łez było zredukowane do *minimum*.

Zapalenie więc ostre gruczołu łzowego może zajmować jużto cały gruczoł, jużtéż jednę z jego części, w ostatnim jednak razie zdaje się występować wyłącznie w połowie dolnéj. Znajduje to swoje usprawiedliwienie w wzajemnym stosunku anatomicznym obu części do siebie; kanaliki bowiem odprowadzające łzy z górnéj połowy biegnąc do swego ujścia w górnym załamku przechodzą obok części dolnéj tegoż gruczołu i łączą się z kanalikami od téjże części odchodzącemi. Wszystkie więc produkty zapalne lub pierwiastki chorobotwórcze, znajdujące się w górnéj części z łatwością ze łzami w dolną przeniesione być mogą; odwrotny natomiast kierunek wydaje się być znacznie trudniejszym.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał

Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47

Z tego krótkiego historycznego rysu widzimy, że wszystkie operacyje, jakie na drogach żółciowych kiedykolwiek wykonano, dają się zredukować do następujących typów: Iszy przekłócie pęcherzyka żółciowego trójgrańcem; IIgi przecięcie pęcherzyka żółciowego zrośniętego ze skórą; IIIci rozcięcie pęcherzyka żółciowego po poprzedniém przytwierdzeniu go do ściany brzusznéj (cholecystotomija); IVty Wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomija) i Vty utworzenie przetoki pęcherzyko-kiszkowéj (cholecystenterostomija). Każdemu z tych rękoczynów z kolei parę słów poświęcić musimy.

I. Przekłócie pęcherzyka żółciowego (*punctio vesicae felleae*), dziś prawie całkowicie porzucone, jest operacyją zawsze ślepą, niebezpieczną, a mogącą sprowadzić wyleczenie li tylko w przypadkach wodnéj puchliny pęcherzyka, zależnéj od nieżytowego zatkania pęcherzykowego przewodu bez obecności kamieni. W tych wyjątkowo rzadkich okolicznościach można istotnie za jéj pomocą osiągnąć wyleczenie, jak o têm świadczy przypadek Erdmana [1]), w którym wypuszczono blisko 80 funtów (!) płynnéj żółci i chora po jednorazowéj punkcyi wyzdrowiała.

II. Przecięcie pęcherzyka zrośniętego ze skórą jest zazwyczaj operacyją bardzo prostą, równającą się przecięciu zwyczajnego ropnia, czasem jednak istniejące przytêm przetoki bardzo ją wikłają i utrudniają, têm bardziéj, że są one zwyczajnie zależne od uwięźniętych kamieni żółciowych, których wydobycie połączone bywa niekiedy ze znacznemi trudnościami. Celem rozszerzenia tych przetok ze względu na bardzo kapryśny ich przebieg, rzadko jesteśmy w możności użyć noża i musimy uciekać się do stósowania laminaryi, gąbek prasowanych, rozszerzadeł tępych i t. p. Jak dalece winniśmy być ostrożni przy tego rodzaju manipulacyjach, poucza nas przypadek Roberta [2]), który przez wprowadzenie szczypczyków hemostatycznych wywołał ogólne zapalenie otrzewny, a także przypadek Rosenbacha [3]), który również szczypczykami wniknął do jamy otrzewnéj, ale szczęśliwszy od Roberta, przez rychło zastósowaną pomoc rozwinięcia się zapalenia otrzewny nie dopuścił.

III. Cholecystotomija, ze wszystkich operacyj na drogach żółciowych wykonywana dziś bywa najczęściéj, to téż znane są różne jéj modyfikacyje i poprawki. Wykonywając ją cięcie w powłokach brzusznych prowadzą bardzo rozmaicie. Tak Brown, Witzel prowadzą je w linii środkowéj, celem uniknięcia zranienia większych gałązek tętniczych, Tait, Hofmokl mówią ogólnikowo o cięciu w kierunku najdłuższéj osi guza, Boeckel stósuje cięcie równoległe do brzegu żeber, Denucé i Roth nakoniec są zwolennikami cięcia po zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, powyżéj pępka równolegle do linii środkowéj. To ostatnie zdaje się być najdogodniejszêm, bo pęcherzyk i przewody żółciowe najdokładniéj zbadać pozwala. Długość cięcia bywa rozmaita, od 8—12 cm. Denucé radzi zrobić naprzód małe cięcie eksploracyjne 4—5 cm. długie, a po zbadaniu dokładnêm stanu rzeczy, skoro się okaże potrzeba zrobienia operacyi, przedłużyć je na tyle, ile się tego okaże potrzeba. Rada ta jednak nie zdaje się ściśle odpowiadać potrzebie, bo dla należytego zbadania części tak głęboko położonych, jak przewody żółciowe, nie tylko mały otwór w ścianie brzusznéj nie wystarcza, ale przeciwnie, przy swobodnym nawet względnie dostępie nieraz zoryjentować się bywa trudno. Po przecięciu ściany brzusznéj chirurg stara się dokładniéj zbadać sam guz i przekonać się o jego zawartości, co niekiedy ze względu na ścieńczenie ścian pęcherzyka okiem

---

[1]) *Erdman. Ein Fall von colossalem Hydrops vesicae felleae. Virchows Archiv* T. 43, p. 289. — [2]) *Denucé* l. c. p. 106. — [3]) *Th. Roth. Zur Chirurgie der Gallenwege. Arch. f. klinische Chirurgie, herausgegeben von B. v. Langenbeck, Bd.* 32, I. p. 87—155.

już ocenić się daje. Dla łatwiejszego zoryjentowania się w stosunkach z otaczającemi częściami i swobodniejszego dostępu Hofmokl i Witzel radzą częściowo opróżnić pęcherzyk przez przekłócie go cienką igłą Potaina, poczém na pozostały w pęcherzyku otworek zakłada się odpowiedniego kształtu szczypczyki, aby dostania się zawartości pęcherzyka do jamy brzusznéj nie dopuścić. Stwierdziwszy ostatecznie rozpoznanie i zdecydowawszy się na zrobienie cholecystotomii, pozostaje chirurgowi wybór metody, któréj przy wykonaniu rękoczynu trzymać się będzie. Wspomnieliśmy już, że Thudicum radzi robić operacyję *en deux temps*, a Marion Sims wykonywa ją od razu. Ostatni sposób jest dziś ogólnie przyjęty W nowszych czasach cholecystotomiję *en deux temps* wykonano wszystkiego 4 razy, a mianowicie: Blodgett, Kocher, König i Trendelenburg. Kocher przytém odkrywszy pęcherzyk, rozsunął brzegi rany i wytamponowawszy ją gazą antyseptyczną nałożył opaskę, którą pozostawił do 8go dnia, poczém dopiero przyrośnięty pęcherzyk żółciowy otworzył; trzej zaś pozostali, idąc za radą Thudicuma, celem wywołania zrostów przyszywali na pierwszém posiedzeniu pęcherzyk do brzegów rany w ścianie brzusznéj. Przy wykonywaniu cholecystotomii sposobem Simsa, t. j. na jednêm posiedzeniu, odrazu, niektórzy chirurgowie, jak Sims, Keen, Tait rozcinają i opróżniają naprzód z zawartości pęcherzyk żółciowy, a potém dopiero przyszywają go do rany brzusznéj. Przy takiém postępowaniu przyszycie pęcherzyka staje się daleko łatwiejszém, ale sposób ten więcéj za to naraża na dostanie się zawartości pęcherzyka do jamy brzusznéj, to téż ostrożniéj będzie postąpić odwrotnie, t. j. naprzód przyszyć pęcherzyk do brzegów rany w ścianie brzusznéj, a potém dopiero przytwierdzony już pęcherz otworzyć. Przyszywając pęcherzyk należy się starać nie ujmować w szew wszystkich jego warstw, jeśli bowiem przejdziemy igłą i przez błonę śluzową, to zawartość pęcherzyka sączyć się może do jamy otrzewnéj. Igła do szycia użyta powinna być cienka, mocno zagięta i na przecięciu okrągła. Katgut, jako zbyt szybko wchłanianiu ulegający, do szycia nie powinien być używany. Po opróżnieniu pęcherzyka z zawartości płynnéj należy się przekonać, czy nie zawiera on kamieni, które często w szyjce lub przewodzie pęcherzyka uwięźnięte bywają, a wówczas przy wydobyciu ich poważne nieraz napotyka się trudności. Większe kamienie kruszyć należy mocnemi szczypcami lub litotrybem; odłamki po skruszeniu pozostałe wydobywa się bądź za pomocą hemostatycznych kleszczyków, bądź przez przemywanie wnętrza pęcherzyka strumieniem słabego przeciwgnilnego roztworu (kwasu borowego).

Najujemniejszą stroną cholecystotomii jest ta okoliczność, że pozostawia ona po sobie przetokę niekiedy bardzo uporczywą. Przy leczeniu przetok stósujemy w miarę potrzeby przyżegania, wstrzykiwanie drażniących płynów lub autoplastykę. Samo przez się wynika, że o zagojenie przetoki wówczas tylko kusić się nam wolno, gdy drożność wspólnego żółciowego przewodu żadnéj nie ulega wątpliwości. Dodać tu jeszcze musimy, że Spencer Wells podał teoretycznie jeszcze jedną metodę wykonywania cholecystotomii, którą chirurgowie amerykańscy mianem idealnéj (*ideal cholecystotomy*) ochrzcili. Różni się ona od poprzednich tém, że po opróżnieniu pęcherzyka z zawartości i dokładném jego przemyciu, zeszywa się ranę w ścianach pęcherzyka za pomocą szeregu szwów Lemberta i zeszyty pęcherzyk opuszcza się do jamy brzusznéj (*cholécystotomie à suture perdue*). Według téj metody wykonana była cholecystotomija 4 razy, a mianowicie przez Meredítha, Courvoisiera, Langego i Bernaysa. Z tych jeden tylko przypadek Bernaysa zakończył się pomyślnie. Operacyja ta dla tego tak jest ryzykowna, że pęcherzyk żółciowy kurcząc się silnie napiera na szwy, pomiędzy któremi część zawartości jego do jamy brzusznéj przedostać się może. To téż metoda ta ma chyba nieznaczne szanse szerszego rozprzestrzenienia, a nawet sam Spencer Wells w ostatniém wydaniu dzieła swego pomija ją milczeniem [1]).

IV. Wycięcie pęcherzyka żółciowego, cholecystektomija, po raz pierwszy wykonana została przez Langenbucha, który właściwie wskrzesił i przyoblekł w czyn myśl dawno już przedtém wypowiedzianą przez Herlina. Znany z anatomii porównawczéj fakt stałego braku pęcherzyka żółciowego u wielu zwierząt, jak np. u konia, jelenia, słonia, nosorożca, wielbłąda, a co ważniejsza, rzadko się przytrafiający, ale nie mniéj przeto niewątpliwie stwierdzony, wrodzony brak jego u człowieka [2]) upoważniał do przypuszczenia, że narząd ten nie jest człowiekowi konieczny i bez szkody dla ustroju usunięty być może. To téż Langenbuch zważając nadto, że kamienie żółciowe, choć i w saméj wątrobie niekiedy napotykane, najczęściéj jednak tworzą się w pęcherzyku żółciowym, postanowił celem doszczętnego usunięcia tego cierpienia pęcherzyk żółciowy wyłuszczyć, a następnie zachęcony powodzeniem wskazania do téj operacyi rozszerzył, stósując ją również w *hydrops* i *empyema vesicae felleae*, z wyjątkiem tylko tych przypadków, w których przewód żółciowy wspólny nie jest drożny. Operacyję tę wykonywa on jak następuje: Cięcie podłużne ścian brzusznych po zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, nieco powyżéj pępka. Do tego cięcia dodaje się cięcie poprzeczne prostopadłe do pierwszego, tworzące z niém razem kształt litery T. Długość pierwszego cięcia 12—15 cm., drugie w miarę potrzeby większe lub mniejsze. Sprawdzenie drożności przewodu żółciowego wspólnego. Oddzielenie zrostów pęcherzyka z sąsiedniemi częściami. Odpreparowanie przewodu pęcherzykowego i przecięcie go pomiędzy dwiema mocnemi jedwabnemi nawiązkami. Nałożenie dwóch lub trzech szwów katgutowych łączących pokryte otrzewną brzegi przeciętego kanału pęcherzykowego, poniżéj miejsca jego podwiązania. Tualeta otrzewny. Zeszycie ściany brzusznéj. Operacyja Langenbucha wywołała najsprzeczniejsze oceny i gwałtowną polemikę. Najzaciętszym jéj przeciwnikiem okazał się Lawson Tait, który odmawia jéj wszelkiéj racyi bytu, uważając ją za zbyt niebezpieczną w porównaniu do osiągniętych przez nią korzyści. Langenbuch na obronę jéj przywodzi tę okoliczność, że zapobiega stanowczo wytworzeniu się następczéj przetoki, która zawsze stanowi przykre kalectwo, a niekiedy wiedzie nadto za sobą ogólny upadek odżywiania, co zmniejsza znacznie wartość świetnych na pozór wyników cholecystotomii. Langenbuch przytacza między innemi, że zdarzyło mu się już robić wycięcie pęcherzyka żółciowego u osoby, któréj Lawson Tait zrobił już był poprzednio cholecystotomiję, po któréj cała nieomal żółć stale odpływała na zewnątrz przez przetokę. Zresztą jaskrawość różnicy zdań w tym względzie uwydatni się najlepiéj, jeśli przytoczymy, że z jednéj strony niektórzy zwolennicy téj operacyi, jak np.

---

[1]) *Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales par Sir Spencer Wells. Edition française publiée avec le concours du D. I. Keser Paris* 1886. — [2]) *Roth. loco citato* p. 140.

Thiriar [1]) utrzymują, że cholecystectomija mniéj jest niebezpieczna od zwyczajnéj cholecystotomii, a z drugiéj strony Stauf ogłosił w 1885 r. rozprawę zatytułowaną: „Czy wycięcie pęcherzyka żółciowego podług metody Langenbucha jest rzeczywiście najniebezpieczniejszą ze wszystkich laparotomij?“ [2]) Kwestyja ta w rezultacie pozostaje dotąd ostatecznie nierozstrzygnięta, ile że zbyt mała liczba odnośnych spostrzeżeń do stanowczych wywodów nie upoważnia. W obec tego jednak, że cholecystotomija pozostawia po sobie, jak wiemy, uporczywą przetokę, a cholecystektomija znowu przedstawia czasem w wykonaniu bardzo poważne trudności pod względem oddzielania zrostów pęcherzyka z sąsiedniemi częściami, możeby racyjonalném się okazało uzupełnienie skutków cholecystotomii przez połączenie jéj z proponowaném już dawno przez Campaignaca podwiązaniem przewodu pęcherzykowego. Metoda ta pozwoliłaby uniknąć trudności i niebezpieczeństw operacyjnych, połączonych z wycięciem pęcherzyka, a jednocześnie zapobiegłaby wytworzeniu się przetoki żółciowéj, przyszyty bowiem do ściany brzusznéj pęcherzyk wydzielałby tylko nieznaczne ilości śluzu, a bez dopływu żółci szybko, stopniowo zaniknąćby powinien. Celem wypróbowania téj myśli próbowałem trzy razy przy łaskawéj pomocy kol. Przyborowskiego, Solmana i Szteynera wykonać tę operacyję na psach. Wszystkie trzy doświadczenia dały wynik ujemny, zakończyły się śmiercią zwierzęcia, okoliczność ta jednak przeciw samemu pomysłowi nie świadczy, jeśli zwrócimy uwagę na to, że operacyja ta w warunkach normalnych daleko trudniejsza jest do wykonania, niż tam, gdzie odnośne anatomo-fizyjologiczne zboczenia potrzebę jéj uzasadniają. Idzie tu mianowicie o położenie pęcherzyka żółciowego: u zwierzęcia zdrowego pęcherzyk ten leży bardzo głęboko i ściany ma nadzwyczaj wiotkie, cienkie, a objętość nieznaczną, co i podwiązanie jego przewodu utrudnia, a co ważniejsza, uniemożliwia prawie przyszycie pęcherzyka do ściany brzusznéj, a przynajmniéj czyni ten akt operacyi bardzo żmudnym, tak że po wykonaniu operacyi przyszyty do ściany brzusznéj pęcherzyk wyciągnięty jest jak struna, co sprawia liczne zaburzenia czysto mechanicznéj natury, przyczém każdy gwałtowniejszy ruch zwierzęcia (jak np. w jednym z naszych przypadków wskoczenie zwierzęcia na stół na drugi dzień po operacyi) łatwo stać się może punktem wyjścia traumatyzmów połączonych z rozerwaniem naczyń krwionośnych, krwotokami następczemi do jamy otrzewnéj itd. Tymczasem tam, gdzie mamy do czynienia z pęcherzykiem żółciowym powiększonym, rozciągniętym, przylega on zazwyczaj bezpośrednio do ściany brzusznéj, a przeto zeszycie jego z tą ścianą żadnéj nie przedstawia trudności. Pomysł więc połączenia cholecystotomii z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego, o którym Roth [3]) w pięknéj swéj monografii teoretycznie *en passant* wspomina, zasługuje na wypróbowanie przy pierwszéj nadarzającéj się sposobności, teoretycznie bowiem jest ściśle racyjonalny, a w praktyce ani trudności w wykonaniu, ani niebezpieczeństwa w skutkach przedstawiać nie powinien. To też przyznaję, że w naszym przypadku stanowczobym ten pomysł zastósował, gdyby nie niedrożność przewodu żółciowego wspólnego, która tak do wykonania téj operacyi jak i do wycięcia pęcherzyka żółciowego stanowczém jest przeciwwskazaniem. (C. d. n.)

[1]) *Thiriar. De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire. Revue de chirurgie* Nr. 3. 1886 p. 223. — [2]) *Stauf. Ist die Exstirpation der Gallenblase nach Langenbuch in Wirklichkeit die ungefährlichste der Laparotomien. Inaug. Dissertation, Würzburg* 1885. — [3]) Roth l. c. p. 151.

III. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowyoh.

Wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnego strony prawej.

Podał

Docent Dr. Pieniążek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Jeżeli się bliżéj zastanowimy nad mechanizmem wpadania ciał obcych do dróg oddechowych, to znajdziemy nanaturalném, że ciało obce, które się raz dostało pod głośnię, jeżeli się o ściany tchawicy nie zatrzyma, lub wykrztuszoném nie zostanie, na dno tchawicy spaść musi. Ztąd pójdzie ono daléj drogą, na któréj najmniéj oporu napotyka, a więc drogą szerszą, skierowaną więcéj ku dołowi, gdyż tam już skutkiem własnego ciężaru opadać musi, a nakoniec drogą, która najbardziéj jednostajny kierunek przedstawia, najmniéj więc łamaną linię stanowi. Dla tego téż ciało obce wpadłe do tchawicy łatwiéj z niéj do prawego niż do lewego dostanie się oskrzela, bo i otwór pierwszego jest większy i klin podziałowy bliżéj lewéj niż prawéj ściany tchawicy się znajduje, a wreszcie przebieg oskrzela prawego więcéj jest skierowany ku dołowi niż lewego, a tém samém więcéj do przebiegu tchawicy zbliżony. Mimo to przy nachyleniu ciała ku stronie prawéj odchyla się oskrzele prawe od kierunku przebiegu tchawicy, gdy lewe więcéj się do niego zbliża, a ztąd w tém zwłaszcza położeniu łatwo się ciało obce i do lewego oskrzela dostać może. Wpadłszy w oskrzele prawe napotyka ciało obce niebawem górną jego gałąź, do któréj jednakże nie łatwo dostać się może z powodu, że takowa skośnie ku górze jest skierowana, powtóre, że zwykle odchodzi więcéj od górnéj ściany oskrzela głównego, tak że zazwyczaj oskrzele główne w tém miejscu nie doznaje właściwego podziału, tylko oddaje niejako uboczną, t. j. węższą gałąź, aby daléj w tym samym zwykle kierunku nie o wiele zwężone przebiegać. W tym dalszym przebiegu stanowi ono pień wspólny dla obu dolnych gałęzi, na które się rozpada poniżéj odejścia gałęzi górnéj. Łatwo zrozumieć, że ciało obce, jeżeli mu tylko rozmiary jego dozwolą, do tego wspólnego pnia dostać się musi. Na końcu tegoż spotyka ono znowu podział na gałąź średnią i dolną, z których zazwyczaj ostatnia mniéj się od kierunku pnia wspólnego odchyla. Przebiega ona skośnie ku dołowi w tył, i na zewnątrz, tworzy więc z kierunkiem oskrzela głównego kąt, który jednak zwykle jest bardziéj rozwartym niż kąt, który z tym kierunkiem gałąź średnia tworzy. Nic więc dziwnego, że ciało obce łatwiéj w tę dolną niż średnią gałąź oskrzela dostać się może, tém bardziéj, gdy gałąź ta zwykle szerszą bywa i gdy samo ciążenie ciała obcego temu kierunkowi sprzyja. Być może jednak, że w niektórych, a w każdym razie rzadszych przypadkach, rzecz się ma o tyle odmiennie, że kierunek gałęzi średniéj więcéj kierunkowi oskrzela głównego odpowiada, a gałąź tylna od niego więcéj zbacza. O ile mi się zdaje najłatwiéj miejsce to mieć może tam, gdzie oskrzele główne mniéj nieco ku dołowi jest skierowane. W takim razie mogłoby ciało obce dostać się do średniéj zamiast do dolnéj gałęzi, w każdym jednak razie przypadek taki za rzadszy uważać byśmy musieli.

Po lewéj stronie napotyka ciało obce oskrzele dłuższe, które się dzieli w swoim końcu dopiero na dwie gałęzie. Z tych jedna jest skierowana ku górze i na zewnątrz, gdy

druga, zwykle szersza nieco, podobnie jak po stronie prawéj na zewnątrz, na dół i ku tyłowi przebiega. I tu więc ciało obce łatwiéj do téj ostatniéj niż do poprzedniéj dostać się może. Jeżeli ciało obce dostało się, czy to po stronie prawéj, czy lewéj do dolnego oskrzela drugiego rzędu, wywoływać będzie zmiany następowe w dolnym płacie odpowiedniego płuca, jak to i w naszym przypadku miało miejsce. Dojście ciała obcego aż do tego oskrzela, lub wreszcie posunięcie się daléj aż do oskrzela III rzędu, zależeć będzie tak od wielkości, jak i od kształtu jego. Ciała nierówne lub zbyt długie łatwo się o ściany oskrzeli zatrzymać mogą, ciała zbyt grube najłatwiéj utkną na nowym podziale oskrzeli i albo pozostają na tém miejscu stale, albo też później pod wpływem silnych wdechów, jak np. po kaszlu forsownym znowu daléj się posuną.

Po téj saméj drodze, po któréj weszło ciało obce, możemy także wprowadzić narzędzie, którém je wydobyć mamy; wprowadzenie jednak narzędzia do potrzebnéj głębokości utrudnia konieczna w tym razie długość jego. Aby tę trudność usunąć, nadać musimy instrumentowi naszemu przynajmniéj w przybliżeniu ten kształt, jaki ma droga, po któréj je wprowadzać mamy, t. j. kształt lekko łukowaty. W ten sposób wprowadzamy narzędzie to w prawe oskrzele z tchawicy, kierując wklęsłość łuku ku stronie prawéj, a z prawego oskrzela głównego do dolnego oskrzela drugorzędnego, skierowawszy wklęsłość łuku nieco ku tyłowi, tak jednak, żeby takowa zawsze i ku prawéj stronie skierowaną była. Jeżeli mamy do czynienia z oskrzelem strony lewéj, starać się musimy przedewszystkiém zbliżyć ile można kierunek oskrzela lewego do kierunku tchawicy, co do pewnego stopnia osiągnąć możemy, jeżeli tułów w pasie ku prawéj stronie wygniemy. Podobne wygięcie ciała na stronę lewą ułatwia nam wejście do oskrzela prawego, zwykle jednak i bez tego łatwo do niego dostać się można. W ten sposób wprowadzałem, jak już wspomniano nieraz, szczypczyki krtaniowe do oskrzeli w przebiegu krupu, a nabyte w tych przypadkach doświadczenie zużytkowałem w przypadku obecnie opisanym.

Tak na podstawie tego doświadczenia, jak i teoretycznego rozumowania uważać muszę wprowadzenie narzędzi do oskrzeli w odpowiednich przypadkach nietylko za dozwolone, ale nawet za wskazane. Wszak nieraz chirurg toruje sobie nowe drogi dla dostania się do jam ciała, jak n. p. w celu wyjęcia kamienia pęcherzowego, podejmując operacyję ciężką i niebezpieczną, tém bardziéj więc jest uprawnionym do korzystania w razie potrzeby z dróg, które stoją otworem, jak tchawica i oskrzela, do których przystęp tylko umożliwić sobie potrzebuje za pomocą operacyi, która w zwykłych warunkach ani ciężką, ani niebezpieczną nie jest, t. j. za pomocą tracheotomii. Nieraz już tracheotomiję wykonywano z powodu ciała obcego w tchawicy lub głównych oskrzelach, tak samo więc winniśmy ją wykonywać i tam, gdzie ciało obce głębiéj t. j. do samych oskrzeli drugorzędnych się dostało, skoro jak mój przypadek pokazuje i doświadczenie moje u chorych na krup mnie poucza, do drugorzędnego oskrzela dolnego po obu stronach dostać się możemy. Trudniejszém wprawdzie byłoby dostanie się do innych drugorzędnych oskrzeli, ale też i ciało obce nie tak łatwo do nich, jak do oskrzela dolnego wpaść może; w wyjątkowych zaś razach, gdyby np. ciało obce w oskrzelu średniém II rzędu strony prawéj utkwiło, przypuszczać musimy pewne zboczenie anatomiczne przebiegu oskrzeli, które dostanie się ciała obcego w to miejsce ułatwiło. Toż samo zboczenie jednak prawdopodobnie ułatwićby nam powinno także i wprowadzenie narzędzia naszego po niezwykłéj drodze. Nawet przy wpadnięciu ciał obcych do oskrzela trzeciorzędnego uważałbym próbę wyjęcia takowego za uprawnioną, zwłaszcza gdy ciało to choć na kilka centymetrów jest długie, bardzo bowiem łatwo koniec jego sterczyć może wolno w oskrzelu dolném drugiego rzędu, dokąd jak wyżéj podano odpowiedniém narzędziem dotrzeć możemy. Zwrócić jeszcze winienem uwagę na to, że kąt, pod którym odchodzą oskrzela główne od tchawicy, lub oskrzela drugorzędne dolne od oskrzeli głównych nietylko po obu stronach jest różny, ale nadto u rozmaitych osób po téj saméj stronie nie zawsze jednakowy, dla tego też nie zawsze jednakowe wygięcie narzędzia potrzebie naszéj odpowiada. Jeżeli się jednak używa narzędzi, które jak np. Schrötterowskie naginać się dają, wtedy można je z łatwością do odpowiedniego przypadku zastósować. Kilka prób, z powodu niewłaściwego wygięcia narzędzia bezskutecznie podjętych, przy ostrożném wprowadzeniu tegoż nie może choremu przynieść żadnéj szkody, a pozwala nam wypróbować, przy jakiém wygięciu najdaléj narzędzie wprowadzić możemy. Przytém w razie przeszkody możemy przez lekki nacisk, drogę, w któréj działać mamy, do kształtu narzędzia naszego nieco nakierować, a jeżeli przy tém nie używamy większéj siły, uczynić to bez szkody możemy. W ten sposób wprowadzałem nieraz u dzieci 4—5-letnich w krupie Schrötterowskie szczypczyki lub tępą łyżeczkę na 14—15cm. w głąb, wyjmując nią błony krupowe z dolnych oskrzeli drugiego rzędu po obu stronach i mogłem stwierdzić, że po ich wyjęciu powietrze do dolnych płatów płuc znowu dochodziło, gdy przedtém nad niém żadnego szmeru oddechowego nie można było usłyszeć.

Nadmienić jeszcze winienem o ważności zbadania tchawicy przez ranę tracheotomijną, które w razie utkwienia ciała obcego w tchawicy a często i w prawém oskrzelu dozwoli nam takowego pod kontrolą wzroku narzędziami dosięgnąć, uchroni więc od macania na oślep, które łatwo jak w przypadku Cannera zawieść może. Badanie to zalecam tém więcéj, że nie jest ono trudném przy górnéj tracheotomii i niezmienionych stosunkach anatomicznych szyi. Do samego badania używam zwykle rurek prostych, u dzieci np. skróconych na 6—8cm. rurek Zaufala, za pomocą których badałem cały szereg dzieci tak podczas napadów duszności w krupie (po tracheotomii), jak i po przebyciu krupu. Do operacyi uważałbym za lepszy wziernik dwulistny, przez który swobodniéj narzędziem w tchawicy manipulować można. Jak dalece wziernik tchawiczy przydatnym być może, posłużyć może za przykład 6-letnia moja obecna chora, u któréj przy odpowiedniém wygięciu ciała klin podziałowy prawego oskrzela z łatwością widzieć mogę, u któréj zatém w razie potrzeby nietylko w tchawicy ale i w całém prawém oskrzelu swobodnie pod kontrolą wzroku manipulowaćby można.

IV. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Na podstawie przypadków moich, które zaraz przytoczę, będę się starał usprawiedliwić mój domysł wtenczas wypowiedziany.

1) Liška Franciszek [1]) lat 36, urzędnik, przybył na oddział wewnętrzny tutejszego szpitala dnia 15 października 1883. Chory przebył do 20 roku życia kilka ciężkich chorób, ale od tego czasu był zupełnie zdrów. Dopiero od kilku miesięcy doznawał dolegliwości żołądkowych, wreszcie stracił apetyt zupełnie. Przy chodzeniu pod górę lub po schodach czuł się nawet znużonym i miewał boleści w okolicy żołądka i wątroby. Chory pijał dużo mocnego piwa. Stolec bywał nieregularny. Puchlinę brzuszną zauważył od 5 tygodni. *Status praesens* 15/10 1883. Mężczyzna wysokiego wzrostu, silnéj budowy, dobrego odżywienia. Brzuch znacznie rozszerzony, napięty, chelboczący. Wątroba zwiększona, bolesna. Śledziona także zwiększona. Ciepłota normalna, tętno słabe. W moczu nie ma białka. Puchlina brzuszna zwiększała się coraz więcéj i przystąpił obrzęk odnóg dolnych. 30 listopada punkcyja brzucha, wydobyto około 8 litrów płynu surowiczego, poczém wydzielanie moczu znacznie się zwiększyło (4—5 litrów na dzień) ciężar gatunkowy moczu 1,005, białko; 2 lutego 1884 druga punkcyja. Wśród wzmagającéj się puchliny brzusznéj i ogólnéj nastąpiła śmierć 18 marca 1884.

Wynik sekcyi wykonanéj dnia 19 marca 1884 (prof. Hlava) w skróceniu był następujący: Brzuch znacznie napięty, na odnogach i tułowiu znaczny obrzęk. Skóra blada, sucha, łuszcząca się, na brzuchu liczne otarcia pokryte ropą. Opony mózgowe nieco przekrwione, komórki boczne rozszerzone, tkanka mózgu miękka, obrzękła. Naczynia na podstawie cienkie. Po otwarciu jamy brzusznéj wycieka wielka ilość żółtawego płynu czystego. Przepona na obu stronach pod 6tém żebrem. W workach opłucnowych znaczna ilość wypociny surowiczo-włóknikowéj, osierdzie także pokryte tą wypociną, między workiem sercowym a osierdziem liczne przyczepy częścią łączno-tkankowe, częścią świeże włóknikowe. Serce małe, mięsień jego wiotki, zastawki domykalne. Płuca częściowo przyczepione, miąższ powietrzny, w nim nieliczne drobne ogniska lobularnéj hepatyzacyi. Miąższ u podstawy płuc ugnieciony, bezpowietrzny, wiotki. Śledziona zwiększona (16—10—5½ cm.), pochewka jéj zgrubiała, miąższ twardy zbity, brunatno czerwonawy, miazgi mało. Nerki nieco zwiększone, powierzchnia ich gładka, na przekroju barwy ciemno-czerwonéj, zbita. Żołądek rozszerzony, błona śluzowa zgrubiała, barwy różowawéj. Otrzewna jelit zgrubiała, pigmentowana, na kiszce grubéj opuchła. Wątroba ogromnie zwiększona, pochewka znacznie zgrubiała, na przekroju łatwo rozpoznać rozszerzenie tkanki międzyzrazikowéj, powierzchnia organu delikatnie ziarnista. Gruczoły okołobramne obrzmiałe na przekroju blado-szare, żyła główna zstępująca wolna, błona jéj wewnętrzna gładka, cienka, w żyle głównéj wstępującéj bł. wewnętrzna miejscami zgrubiała. Błona śluzowa pęcherza blada, cienka, podobnie błona śluzowa kiszek. Gruczoł przyprątny nieco zwiększony.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Cirrhosis hepatis hypertrophica. Endophlebitis venae cavae inferioris. Pericarditis fibrinosa subchronica. Pleuritis serofibrinosa lateris utriusque cum compressione loborum inferiorum, praecipue dextri, hydrops, ascites et universalis, decubitus in cavo Douglasii.*

Badanie mikroskopowe preparatu stwardniałego w 96% spirytusie wykazało: Ilość nowowytworzonéj tkanki łącznéj w tym przypadku jest tak wielka, że stanowi prawie połowę wszystkich elementów składających obraz mikroskopowy. Lokalizacyja jéj i stosunek do miąższu są uderzającemi. Główna jéj masa znajduje się w przestworach międzyzrazikowych, z których wzdłuż gałązek międzyzrazikowych wychodzą wypustki i łączą się z innemi otaczając tym sposobem każdy zrazik. Marskość jest tu zatém jednozrazikową. Ale i w zrazikach samych znajduje się we wszystkich prawie przestworach międzybeleczkowych młoda nowowytworzona tkanka łączna tak, że każdy ze zrazików jest tą tkanką rozłożony na pojedyncze beleczki lub tylko mniejsze i większe ich fragmenty. Fragmenty beleczek wątrobowych składają się z kilku lub kilkunastu komórek wątrobowych, są najczęściéj pozaginane, niekiedy dzielące się lub wydające wypustki. Pasemka łącznotkankowe wśródzrazikowe są różnéj grubości, niekiedy grubsze niż same beleczki wątrobowe, innym razem delikatne, składają się z delikatnych włókienek z nielicznemi jądrami wrzecionowatemi i liczniejszemi okrągłemi (limfoidalnemi). Stosunek ilościowy komórek wrzecionowatych i okrągłych jest na różnych miejscach różnym. Tkanka około- czyli międzyzrazikowa spływa bez żadnéj widocznéj granicy z śródzrazikową, a ta ostatnia z szerszą lub węższą warstwą łącznotkankową otaczającą żyłkę środkową. Tylko bardzo nieliczne *acini* są w częściach środkowych niezmienione i nie zawierają tkanki łącznéj, w większości zrazików znajdujemy tkankę łączną po całym zraziku rozlaną. Części obwodowe zrazików albo wcale nie różnią się pod tym względem od więcéj ku środkowi położonych albo tylko tém, że w pierwszych odstępy pomiędzy beleczkami wątrobowemi są szersze niż w drugich. Na nielicznych wreszcie zrazikach bujanie tkanki łącznéj nie jest tak rozlaném, zrazik podzielony jest tylko za pomocą przegródek łącznotkankowych na kilka mniejszych części. W tego rodzaju zrazikach znajdujemy często naczynia włosowate znacznie porozszerzane, ale nigdy w całym zraziku, tylko na miejscach ograniczonych. Komórki wątrobowe między takiemi naczyńkami są ugniecione, powydłużane, nasiąknięte barwikiem żółci, słowem na drodze postępującego zaniku. Ściany naczyniek są w tych miejscach zgrubiałe. Pomiędzy światłem rozszerzonych naczyniek a ściśniętemi zanikającemi komórkami wątrobowemi przebiegają włókienka łącznotkankowe z jądrami wrzecionowatemi i tworzą dosyć silne wiązki łącznotkankowe. Ściany naczyń krwionośnych i większych przewodów żółciowych są tylko nieznacznie zgrubiałe, a otoczone są młodą tkanką łączną zawierającą więcéj komórek okrągłych niż wrzecionowatych. W téjto tkance łącznéj spotykamy zmiany charakterystyczne, nieodpowiadające żadnemu okresowi marskości zanikowéj. Najważniejszém i uderzającém zjawiskiem téj tkanki łącznéj jest ogromne mnóstwo tworów zwanych pseudokanalikami i odsznurowanych od całości zrazików. Z tego powodu tkanka ta ma wejrzenie alweolarne. W tych alweolach ułożone są szeregi komórek przybłonkowych, po 1, 2 lub więcéj obok siebie. Sąto pseudokanaliki najrozmaitszych kształtów, dzielące się widelcowato lub pojedyncze, poskręcane lub proste, z bocznemi wypustkami lub bez nich. Komórki składające taki pseudokanalik mają jądra wielkie, okrągłe lub owalne z trudno dostrzegalną obwódką pierwoszczową. Około niektórych jąder (tych jest względnie mało), znajdują się grubsze obwódki pierwoszczowe, niekiedy sześcienne, niczém nieróżniące się od komórek wątrobowych. Często jeden koniec takiego dołka wypełniony jest kilkoma komórkami wątrobowemi, a od nich ciągnie się szereg jąder przybłonkowych po 2 lub po jedném *bout à bout* ułożonych

[1]) Szczegóły anamnestyczne i przebiegu choroby dotyczące w tym i następnym przypadku zawdzięczam Imu sekundaryjuszowi tutejszego szpitala p. Drowi Cumchałowi.

i wypełniających resztę wolnego przestworu alweolarnego; pseudokanalik przedstawia się wtedy jako dalszy ciąg komórek wątrobowych. Zdarza się także, że taki kanalik rzekomy przerwany jest w środku na jednym lub więcéj punktach jedną lub dwiema komórkami wątrobowemi. Przestwory łącznotkankowe mieszczące w sobie pseudokanaliki są często ze wszech stron zamknięte, a komórki zwykle nie przylegają do nich bezpośrednio, między niemi często wolny przestwór aż na szerokość jednego jądra epitelijalnego, a zatém dosyć znaczny. Oprócz tych dłuższych rozgałęzionych dołków mieszczących pseudokanaliki znajdują się i daleko mniejsze, w których znajduje się jedna lub 2 komórki wątrobowe 2—3-jądrowe, a obok nich więcej komórek cechy przybłonkowéj o wąskiéj obwódce protoplasmatycznéj. Granica między temi obwódkami odpowiadającemi pojedynczym jądrom często niewidoczna, masy protoplasmatyczne spływają z sobą, krótko mówiąc, ma się wrażenie, jak gdyby z owych komórek wątrobowych powstały owe mniejsze, które niczém nie różnią się od komórek epitelijalnych składających pseudokanalik. Wreszcie spotykamy dołki, w których znajduje się po 2—3 komórki przybłonkowe, a komórki wątrobowéj nie spotykamy. Sąto obrazy zależne widocznie od przecięcia, z jakiego pochodzi preparat. Tkanka łączna tworząca owe dołki a przypominająca podścielisko tkanki adenomatycznej składa się z bardzo delikatnych włókienek często współśrodkowo lub 8mkowato około dołków przebiegających z rozpuszczonemi po niéj jądrami komórek limfoidalnych lub wrzecionowatych. Stosunki ilościowe tych ostatnich 2 elementów tkanki łącznej są na różnych miejscach różne. W częściach środkowych przestworów międzyzrazikowych przeważają jądra wrzecionowate, ku obwodowi, tj. ku granicy zrazików, przeważają komórki limfoidalne. Najwięcéj pseudokanalików i resztek odsznurowanych komórek wątrobowych znajduje się na granicy zrazików, mniéj jest ich w środkowych częściach przestworów międzyzrazikowych. W tych ostatnich częściach znajdują się natomiast liczne naczynia krwionośne o szerokiém świetle, ściany ich nie dają się oddzielić od otaczającéj tkanki łącznéj. Jakim sposobem przychodzi do wytworzenia tkanki alweolarnéj powyżéj opisanéj, o tém poucza nas w sposób zadowalający dokładna obserwacyja obwodowych części zrazików, gdzie ta tkanka przechodzi w śródzrazikową. Otóż przy wielkich powiększeniach można widzieć, jak od téj tkanki wchodzą wzdłuż naczyń włosowatych pojedyncze włókienka pomiędzy pewne grupy komórek wątrobowych. Włókienkom tym towarzyszą rozproszone wśród nich jądra wrzecionowate i okrągłe. Ta siatka łącznotkankowa śródzrazikowa mieści w swych oczkach mniejsze lub większe grupy komórek wątrobowych i przebiega podobnie jak naczynia włosowate promienisto ku środkowi gron wspólniczące z sobą na licznych miejscach za pomocą wypustek poprzecznych. Mam tu na oku tylko te zraziki, gdzie jeszcze tkanka łączna nie rozwinęła się w grubsze pasma międzybeleczkowe. Komórki wątrobowe nie okazują w tych pierwszych okresach bujania śródzrazikowego ani śladu przemian wstecznych lub ucisku, kontury ich są ostre, wieloboczne. Tylko w najbardziéj obwodowych częściach zrazików dają się zauważyć na nielicznych komórkach wątrobowych pewne zmiany w pierwoszczu, a mianowicie występują w niém grubsze ziarnka i kryształki bilirubinu, kontury ich stają się niewyraźne, rozpływają się jak gdyby w drobnoziarnisty pyłek, podczas gdy jądro tylko niekiedy staje się mniejszém, okazując objawy rozpadu; zwykle wielkość jego jest prawidłowa i często zawiera więcéj istoty chromatycznéj niż jądra komórek środkowo w gronie ułożonych. Już w zraziku samym dają się często zauważyć w pewnych oczkach wyżéj wspomnianéj siatki łącznotkankowéj komórki przybłonkowe o bardzo wąziutkiéj osłonce, nagromadzone obok komórek wątrobowych, a niektóre z nich leżą jeszcze w obrębie pierwoszcza komórki wątrobowéj. W tych zmianach śródzrazikowych należy upatrywać pierwszy okres tworzenia się tkanki międzyzrazikowéj z licznemi pseudokanalikami, a komórki wątrobowe, na których spotykamy wyraźne objawy odbytej proliferacyi, jako początek późniejszéj treści alweolów opisanych w tkance łącznéj międzyzrazikowéj. Na prawdziwych przewodach żółciowych międzyzrazikowych nie wykryłem zmian żadnych prócz tego, że granica między ścianami ich a otaczającą tkanką łączną stała się niewidoczną. Nie udało mi się nigdzie w sposób pewny wykryć komunikacyi ich z pseudokanalikami, chociaż takowéj wykluczyć nie można. Objawów proliferacyi na ich przybłonkach lub czegoś, zkądby o takowéj wnosić można, lub tworzenia bocznych wypustek nigdzie nie zauważyłem. Jakkolwiek w nowowytworzonéj tkance łącznéj między- i śródzrazikowéj łatwo jest wykryć naczynia włosowate, przecież ilość ich musi być znacznie mniejsza niż śród stosunków fizyjologicznych. Wnosić o tém można ztąd, że niektóre z nich jamisto są porozszerzane. Żyłka środkowa była często zamkniętą, zawsze zaś prawie ściany jéj znacznie zgrubiałe, światło zwężone.

2) Babický Franciszek, l. 38. Do szpitala przybył dnia 25go października 1883. Był on całe życie zdrów, dopiero przed 8 tygodniami siedząc na przeciągu zauważył, że nie może dobrze władać nogami. Od téj pory ma dolegliwości przy chodzeniu. Potator mierny. Kiły nie przebył. Stan obecny (25/10 1883). Chory jest wzrostu wysokiego, bardzo dobrze odżywiony, wypadanie włosów, klatka wysklepiona, szeroka, wypuk jawny, oddechy prawidłowe. Tony serca czyste. Wątroba przekracza łuk żebrowy ku dołowi, a granica dolna stłumienia wątroby leży niżéj niż zwykle. Śledziona zwiększona. Brzuch znacznie rozszerzony, napięty, wypuk w górnych częściach jawny, w dolnych i bocznych stłumiony. W moczu białka nie ma. Rozpoznanie kliniczne: *Hepatitis chron. Degeneratio adiposa cordis, hydrops ascites, alcoholismus chronicus*. Śmierć dnia 15 grudnia 1883.

Rozpoznanie brzmi: *Hepatitis interstitialis chronica (hypertrophica), tumor lienis e venostasi, venostasis universalis, induratio pulmonum et renum, atelectasis pulmonum e compressione, oedema pulmonum, ascites, hydrothorax et hydrops anasarca*.

O wątrobie w protokóle sekcyjnym (prof. Hlava) zanotowano: Wątroba powiększona, ciężka, śród przecinania „skrzypi“ *(crie)*, na przekroju żółtawobrunatnym widać dokładnie rozszerzenie tkanki łącznéj międzyzrazikowéj, którą pojedyncze zraziki i grupy ich są pooddzielane od siebie.

Wynik badania mikroskopowego: Przy małych powiększeniach i na pierwszy rzut oka przypomina się zwyczajny obraz marskości zanikowéj, a mianowicie lokalizacyja nowo wytworzonéj tkanki łącznéj. Pod tym względem jestto marskość jedno- i więcéjzrazikowa i przedzielająca nadto pojedyncze zraziki na mniejsze części. W niektórych miejscach znajdujemy tkankę łączną, która jeden, dwa i więcéj zrazików zupełnie zastąpiła. Często wreszcie spotykamy obrazy, gdzie tkanka łączna tworzy wśród miąższu delikatną miejscami grubiejącą siatkę i ta siatka odpowiada przebiegowi naczyń włosowych. W skutek tego nie widać w tym razie podziału

miąższu na pojedyncze zraziki, jeżli na obwodzie ich ta tkanka łączna nie jest silniéj rozwinięta. W ogóle rozmaitość pod tym względem jest tu wielka i trudno daje ona się ująć w pewne formy. Do otoczonych do koła tkanką łączną wysp miąższu wychodzą z pierścienia łącznotkankowego mniéj lub więcéj liczne wypustki, nie są one jednak tak liczne i regularne jak w poprzednim przypadku. Szczegóły napotykane w tkance łącznéj i miąższu zasługują na szczególną uwagę i dla tego każdéj z tych części osobno bliżéj przypatrzyć się musimy.

Przestwory międzyzrazikowe [1]), które niekiedy tak są rozszerzone, że odpowiadają co do rozmiarów dwom i trzem zrazikom, zaledwie zasługują na nazwę tkanki łącznéj. Takie mnóstwo znajduje się tu pseudokanalików i naczyń, że tkanka łączna redukuje się na niektórych miejscach do zaledwie dostrzegalnych włókienek, przebiegających w najrozmaitszych kierunkach, często ósemkowato naokoło kanalików. Ma to miejsce zwłaszcza w zewnętrznych warstwach. Pseudokanaliki nie różnią się tu niczém od opisanych w poprzednim przypadku. Ułożone są w pochewkach cieniutkich, przypominających błonę własną gruczołów, na kształt utkania adenomatycznego. Komórki przybłonkowe składające pseudokanalik ułożone są po 2—3 i więcéj, nie przylegają zwykle do ścian swéj osłonki i nie okazują ani śladu światła. Długość ich jest różna; przeważają formy krótkie, łukowato lub esowato poskręcane. Bardzo często oba końce takiego pseudokanalika lub i jego wypustki, jeśli je posiada, kończą się ślepo, t. j. osłonka ich jest ze wszech stron zamknięta. Na przekrojach poprzecznych kanalików dłuższych widzimy jednę aż do kilkunastu komórek przybłonkowych skupionych koło siebie i ułożonych w okrągławym przestworze, utworzonym ową delikatną osłonką. Że jednak nie wszystkie takie okrągłe przestwory należą do kanalików dłuższych, czyli że są ich przekrojami poprzecznemi, poucza granica z zachowanym miąższem. Tu znajdujemy prawie tylko krótkie pseudokanaliki, które późniéj spływając z sobą tworzą formy dłuższe. Część zatém tego, cobyśmy chcieli uważać za przekrój poprzeczny kanalika, może być tylko gromadką komórek przybłonkowych w przestworze z wszystkich stron zamkniętym. Oprócz pseudokanalików, głównego składnika tych przestworów międzyzrazikowych, uderza tutaj wielka ilość naczyń o wielkiém świetle, a bez ścian widocznych, które w stosunku do światła powinnyby być dosyć silnemi. Ściana większych rozgałęzień żyły bramnéj jest nieznacznie zgrubiała, bł. dodatkowa spływa bez wyraźnéj granicy z tkanką zawierającą pseudokanaliki. Im więcéj zbliżamy się ku granicy miąższu tém więcéj znajduje się jąder komórek limfoidalnych, tém mniéj wrzecionowatych, w częściach środkowych przestworów stosunek ten jest odwrotnym.

Miąższ zachowany pod wielu względami zasługuje na uwagę. Komórki wątrobowe mają zarysy ostre, wielkość ich zupełnie normalna. Tylko w niektórych większych kawałkach miąższu znajdujemy czasem w środkowych jego częściach niektóre komórki zawierające większe krople tłuszczu. Zresztą na miąższu tym nie spotykamy ani śladu jakichś przemian wstecznych. Podobnież konfiguracyja beleczek wątrobowych jest zupełnie prawidłowa. Tylko w niektórych wysepkach miąższu znajdujemy naczynia włosowe porozszerzane, a pewne grupy komórek w skutek ucisku zmniejszone, zanikłe. Oprócz wyżéj wspomnionych wypustek łącznotkankowych wchodzących do miąższu od obwodu spotykamy często koło żyłki środkowéj tkankę łączną, niczém się nieróżniącą od tkanki w przestworach międzyzrazikowych. Od zgrubiałych ścian żyłki środkowéj wychodzą w tym razie zamiast beleczek komórek wątrobowych, pseudokanaliki wspólniczące bezpośrednio z beleczkami komórek wątrobowych. Granica miąższu zachowanego nigdzie nie jest ostrą. Włókienka łącznotkankowe wchodzą w powierzchowne warstwy miąższu w kierunku stycznych i promieni odosabniających tym sposobem grupy komórek od całości. W tych grupach występują zmiany które na pewno każą przypuścić bujną proliferacyję. W oczku łącznotkankowém zawierającém jednę, dwie lub więcéj komórek wątrobowych, znajduje się kilka do kilkunastu komórek małych, niekiedy sześciennych, przylegających do siebie i komórek wątrobowych. Ściany oczka łącznotkankowego nie przylegają nigdzie bezpośrednio do téj grupy małych komórek, zawsze znajduje się między niemi przestwór wolny szerokości niekiedy aż 2 jąder przybłonkowych. O przywędrowaniu zatém tych komórek z otoczenia nie może być mowy. Pochodzić one mogą tylko z czynności proliferacyjnéj komórki wątrobowéj. Widzimy tu zatém powolny rozkład normalnego miąższu w małe komórki przybłonkowe i to w sposób zadowalający tłumaczy wszystkie cechy przestworów międzyzrazikowych powyżéj opisane.

Ściany prawdziwych kanalików żółciowych miernie zgrubiałe, przybłonki ich są zupełnie prawidłowe. W otoczeniu kanalików nie spotykałem żadnych nacieków drobnokomórkowych. Komunikacyi ich z pseudokanalikami nigdzie histologicznie nie mogłem wykazać. (C. d. n.)

[1]) Wyraz „przestwór międzyzrazikowy“ zatrzymuję tutaj tylko dla krótkości, bo, jak to późniéj wykażę, ten „przestwór“ jest tkanką zastępującą prawidłowy miąższ wątrobowy.

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Hochhaus (Berlin): **O wartości leczniczéj nastoju strofantus.**

Rozmaici badacze i klinicyści doszli do różnych wyników leczniczych z tym środkiem. Zdania o nim są różne, wielu ocenia przychylnie działanie tego leku, inni mniéj go cenią. Podajemy tutaj wyniki doświadczeń, do jakich doszedł H., badając działanie nastoju *strofantus* na 60 chorych w klinice Fürbringera; wyniki jego badań są nieco odmienne od wyników uzyskanych przez innych badaczów.

W przypadkach wad zastawkowych serca w stanie nie wyrównania jest nastój *strof.* w niektórych razach znakomitym środkiem, zwalnia czynność serca, wzmacnia ją i reguluje; najprędzéj sprowadza pierwsze, ostatnie dopiero po kilku dniach. W wielu przypadkach, w których *strof.* już nie pomaga, działa jeszcze naparstnica. Lepiéj aniżeli naparstnica działa *strofantus* w przypadkach zaburzeń w oddechaniu. W przypadkach przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego z małém, przyspieszoném a nieregularném tętnem, z dusznością i obrzękami środek ten nieźle działa, duszność ustępuje najprędzéj. W zapaleniu nerek ostrém i przewlekłém wpływu znacznego nie ma, wydzielanie moczu się nie zwiększa. W przypadkach bicia serca lub duszności opartéj na tle nerwowém sprowadza nastój *strofantus* ulgę. Na obrzęki oparte na tle chery wpływa także korzystnie. Po dłuższém używaniu występuje u niektórych chorych biegunka, nudności, wymioty; niekiedy przyzwyczaja się ustrój do tego leku. Najlepiéj jest podawać go trzy razy po sześć kropel do łyżki

wody lub wina, można codziennie o dwie krople postąpić, najwyżéj można dojść do 60 kropli dziennie. Zbiorowego działania H. nie zauważył nigdy. (*Deutsche med. Woch.* 1887, Nr. 43). *H. K.*

β. **Kalomel jako środek moczopędny.** Według dawniejszych spostrzeżeń i zestawień w pracach Wagnera, Jendrassika, Mendelsohna, Stillera i Fürbringera, oraz Dra F. Orralego (w *Gazetta medica di Roma* ogłoszonych) okazuje się, że:

1) Kalomel w dawkach 50—60 gr. w przeciągu 24 godzin w przypadkach puchliny wodnéj przy wadach serca posiada wybitne własności moczopędne w razach nawet, gdy inne środki tego rodzaju, jak *digitalis, coffeinum* i *scilla* zawodzą;

2) działanie jego jest przemijające, a

3) zależy od ilości wchłonionego środka, oraz od rodzaju objawów puchlinowych;

4) oddawanie wielkiéj ilości moczu występuje napadowo i to najpóźniéj w 8ym dniu leczenia;

5) *maximum* osięga od 2—4go dnia, kiedy ilość jego dochodzić może do 9 litrów, a zmniejsza się aż do ustąpienia puchliny;

6) skoro tylko ciecz przesączynowa ustąpiła, dawek kalomelu nie należy powtarzać, chyba w przypadkach ponownego wystąpienia choroby;

7) kalomel nie może być uważany za środek mogący zastąpić naparstnicę, ale jako lek uzupełniający ją, gdyż działa wybitniéj i z większym skutkiem na zjawiska puchlinowe, a naparstnica kompensuje nieregularność skurczów serca;

8) przy używaniu kalomelu często występuje zapalenie błony śluzowéj ust, oraz biegunka i ta ostatnia daje się usunąć małym dodatkiem makowca;

9) w ostatnim okresie wady sercowéj, z powodu osłabiających powikłań i objawów powyższych należy usunąć kalomel gdyż przyspiesza on zejście śmiertelne, jakkolwiek jest w stanie usunąć puchlinę. Chcąc uniknąć tych niepożądanych następstw leku tego, oraz działania ubocznego, należy według autora uwzględnić dwie okoliczności i próbować albo odporność chorego na lek niniejszy podnieść za pomocą początkowo bardzo małych dawek, późniéj stopniowo zwiększanych i na téj drodze wybadać, o ile dotyczący chory znosi go, albo też pozostać raz na zawsze przy małych dawkach, których nawet i tak w danym razie należy zupełnie zaprzestać. Dawki pojedyncze mogą według tego dochodzić do 0·5, a dzienne nie przekraczać 0·60—0·80. (*Deut. Medicinal Ztg.* Nr. 75).

β. **Kalomel w marskości wątroby.** 28-letnia kobieta zostająca w opiece lekarskiéj Dra Schneppa w Wiedniu dla marskości przerostowéj znacznego stopnia po 5-tygodniowym pobycie w Karlsbadzie bez skutku, oraz używaniu nawet silnych leków przeczyszczających z następowém podaniem przetworów makowcowych z małém polepszeniem, idąc za radą prof. Nothnagla, używała dyjety wyłącznie mlecznéj, a przytém 3—5 razy dziennie po 0·05 kalomelu. Już w drugim dniu kał był wybitnie żółto zabarwiony, mocz jaśniejszy, a w przeciągu paru tygodni zniknęła żółtaczka i puchlina brzuszna, wątroba zmniejszyła się, a miesiączkowanie wróciło do stanu prawidłowego. Po użyciu 100 dawek kalomelu w przeciągu 3ch miesięcy chora odzyskała zupełnie zdrowie. Uczucie bolesności, zwiększenie wątroby, puchlina brzuszna, rozstrzeń żył pępkowych ustąpiły zupełnie. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887, Nr. 76).

β. **Wyciąg z Quebracho** według M. Bourdeauxa ma przyspieszać zabliźnianie się. Stósowany na rany świeże o brzegach gładkich za pomocą pędzlowania, działa wśród przemijającego bólu, podobnie jak *collodium*, tak że wyleczenie następuje *per primam.* Również korzystnie można go używac w oparzeniach jakotéż odmrożeniu, jeżeli tylko dotknięte miejsca wyglądają zdrowo i różowo są zabarwione. Po napędzlowaniu wyciąg Quebracho twardnieje najdaléj w przeciągu godziny, tworząc brunatną powłokę, podobną do zaschłéj krwi, która do tkanki ściśle przylega, a za pomocą wody ciepłéj może być oddalona. Po odpadnięciu jéj rana jest już wygojona, tak że rzeczywiście można tu mówić o prawdziwém leczeniu pod strupem. Wielką zaletą nowego tego środka jest to, że wszelkie opatrunki są już zbyteczne. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887 Nr. 76).

β. **Pyridina i kolidina jako leki oddechowe.** Pierwszy G. Sée, następnie Kalamen polecił pyridynę w dychawicy, obecnie Daudieu, uczeń Séego, unosi się nad tym lekiem, oraz jego pochodnemi, jak mianowicie kolidyną. Według niego: 1) Pyridyna jest wskazaną w napadach *Angina pectoris;* działa rychło i nie dopuszcza nowych napadów. 2) W dychawicy, tak *Asthma essentiale* jak i *symptomaticum*, należy się jéj pierwszeństwo przed morfinem, gdyż działanie jéj rozciąga się na dłuższy przeciąg czasu i nie zagraża żadném niebezpieczeństwem. 3) Również korzystném jest jéj zastósowanie w napadach dychawicy występujących w skutek wdychania szkodliwych gazów. 4) Nieporównanie działa w duszności w skutek rozstrzeni oskrzel, suchot, jakotéż zmianach w krtani. Przeciwwskazań nie ma żadnych, ani téż nie ma obawy o działanie zbiorowe. Sée poleca wdechania pyridyny, mianowicie: na talerz nalewa się 4—5 grm. téjże, stawia się go pośród pokoju i w ten sposób chory znajdujący się w rogu pokoju wdecha pyridynę zmięszaną z powietrzem. W przypadkach niecierpiących zwłoki nalewa się na kawałek sukna 4—5 kropel pyridyny i trzymając ją pod nosem i jamą ustną, w ten sposób wdecha. (*Deutsche Medicinal Ztg.*)

(*H. K.*) W *Therap. Monatsh.* zeszycie 4tym wspomina Sahli, że chorym swoim, nieznoszącym nieprzyjemnéj woni salolu, przepisuje lek ten z dodatkiem olejku miętowego, a dla lepszego wchłaniania go z dodatkiem skrobi np.: Rp. *Saloli puriss.* 0·50 *Amyli* 0·1 *Ol. ment. pip. gtt. sem. mf. p. dent. tal. dos. decem.* Do zewnętrznego użytku należy salol w małéj ilości przepisać (w postaci proszku do zasypywania), bo zbija się łatwo w grudki, np. Rp. *Saloli* 0·5—5·0 *Amyli* 50·0 *M. f. p. subtiliss.* DS. Proszek do zasypywania. Zewnętrznie. (*Deutsche med. Woch.* 1887 Nr. 41).

Medycyna wewnętrzna.

Fink (Giessen): **Przyczynek do nauki o chorobach płuc w przebiegu moczówki cukrowéj.**

Do niedawna uważano choroby płuc występujące wśród moczówki cukrowéj za toczącą się w nich sprawę gruźliczą; utwierdzały w tém przeważnie wszystkich klinicystów objawy wypukowe i przysłuchowe jakotéż i charakterystyczny przebieg gorączki, odpowiadające téj chorobie; Griesinger nawet utrzymuje, że jest ona najczęstszą chorobą wśród moczówki cukrowéj występującą, bo na 100 przypadków cukromoczu, które pośmiertnie badano, 42 razy znaleziono gruźlicę płuc. Tak samo sądziło bardzo wielu; aż pierwszy Leyden odmiennie wyraził zdanie, zaznaczywszy, że gruźlica płuc występująca u chorych na cukromocz różni się pewnemi właściwościami od zwykłéj codziennie obserwowanéj gruźlicy, a to 1) że rzadko się uogólnia, nigdy nie występuje w postaci prosówkowéj, 2) komórki olbrzymie bardzo rzadko się napotyka, 3) bardzo rozległém zapaleniem tętnic, jakie się napotyka w takich przypadkach.

Inaczéj można teraz o téj kwestyi mówić od czasu, jak Koch wykrył prątki gruźlicy; już w dwa lata po wykryciu ich Riegel pierwszy pozwolił sobie na podstawie przypadku

spostrzeganego w swojéj klinice powątpiewać o tak stanowczém orzeczeniu Immermanna i Rütimeyera, którzy w każdym nadarzającym się przypadku poszukiwali prątki i zawsze z dodatnim wynikiem; wypowiedział on zdanie, że niekażdy przypadek suchot płuc w przebiegu cukromoczu występujący jest oparty na gruźlicy; w jednym takim przypadku, którego sekcyja wprawdzie się nie odbyła, mógł R. rozpoznać zapalenie płuc śródmiąższowe z dążeniem do ropienia. Chory ten miał lat 52, był od lat kilku na cukrówkę chory; w lewém płucu w szczycie stłumienie wyraźne z szmerami oddechowemi niewyraźnemi i rzężenia obfite; plwociny okazują własności charakterystyczne dla plwocin z ropnia płuc pochodzących przez Leydena opisane; prątków mimo skrzętnego wielokrotnego szukania nigdy w nich wykazać nie można było. Chorego tego badał prof. Riegel w pewien czas po wyjściu jego z kliniki, stłumienie znalazł nieco tylko słabsze, innych objawów nie było.

W obec tego, że teraz F. z téj saméj kliniki ogłasza drugi przypadek, popierający zdanie Riegla, a przyczyniający się do rzeczywistéj zmiany zdania o gruźlicy w przebiegu cukrówki, wyraża F. zdanie, że takich przypadków znajdzie się teraz z pewnością więcéj, jeśli badacze na to większą zwrócą uwagę, skoro w klinice w Giessen, gdzie stosunkowo mało mają chorych na cukromocz, w ciągu jednego roku aż dwóch się znalazło, u których gruźlicy mimo objawów jéj odpowiadających nie znaleziono. Przypadek drugi obecny właśnie, opisany przez F., tém większéj nabiera wartości, że zakończył się sekcyją. Anatomiczne rozpoznanie brzmiało prawie tak samo jak kliniczne: *pneumonia fibrosa indurativa chronica pulmonis dextri.* Zrosty silne całego prawego płuca z ścianą klatki piersiowéj, rozszerzenia oskrzeli, w płacie górnym prawym z rozpadem istoty płuca. Ani w preparatach z wydzieliny w jamie po śmierci znalezionéj, ani w preparatach ciętych z płuc po śmierci nie można było ani metodą Ehrlicha ani Kocha ani Weigerta prątków wykazać.

F. widzi się na podstawie tego zmuszonym do przypuszczenia razem z Rieglem dwu postaci suchot płuc w przebiegu cukromoczu, różniących się między sobą tém, że na różnych momentach etyjologicznych się opierają, bo w postaci opisanéj prątków wcale wykazać nie można a objawy wypukowe i przysłuchowe odpowiadają naciekowi mającemu dążność do wywołania bujania tkanki łącznéj i ropienia. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 37). *H. K.*

(H. K.) W Towarzystwie klimatologiczném amerykańskiém omawiał Dr. L o o m i s z Nowego Jorku w p ł y w z a w s z e z i e l o n y c h l a s ó w n a l e c z e n i e g r u ź l i c y. Powietrze w nich, zdaniem L., nietylko ma być aseptyczném ale i antyseptyczném z powodu zawartych w niém olejku terpentynowego i dwutlenku wodu. Zdaniem jego umierają chorzy gruźlicą dotknięci nie z powodu zmian w płucach jako takich, lecz z powodu następowéj posocznicy lub ropnicy, wywołanéj ptomainami, które prątek gruźliczy wytwarza. A że ran w płucach środkami przeciwgnilnemi zmywać nie możemy, należy działać przeciw zatruciu temi ptomainami przeciwgnilnie działającém powietrzem. Doniesienia L. uzupełnił Dr. C o h e n w tym kierunku, że sam widział u gruźlicą dotkniętych dobre wyniki leczenia po wziewaniach mięszaniny olejku terpentynowego z dwutlenkiem wodu. Miał nawet przypadki, w których tego rodzaju wziewania sprowadziły zabliźnienie się wrzodów gruźliczych w krtani. L. radzi z tego powodu w pobliżu szpitali przeznaczonych dla chorych gruźliczych pozasadzać drzewa zawsze zielone. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 42).

Choroby krtani i nosa.

I. P r i o r (Bonn): **Jodol i znaczenie jego lecznicze w chorobach gruźliczych i innych chorobach krtani i nosa.**

Już od dłuższego czasu starają się zawodowi lekarze w chorobach krtani, opartych na tle gruźliczém, stósować środek pewny, któryby mógł przynieść korzyści chorym, u których miejscowe zmiany w krtani są znaczne, czasem bardzo znaczne, podczas gdy sprawa chorobowa w płucach nie jest jeszcze daleko posuniętą. Pierwszym środkiem, po którym się wiele w takich razach spodziewano, był jodoform; jakkolwiek w ostatnich czasach bakteryjologowie różne o nim wypowiadają zdania, przecież ma on własność usuwania niezdrowéj ziarniny, a wywoływania ziarnienia zdrowego, zdolnego do zabliźnienia. I rzeczywiście wyraża się bardzo wielu laryngologów o nim bardzo dobrze. W r. 1885 wystąpił K r a u s e z nowym środkiem, a mianowicie z kwasem mlekowym, i ten okazał się bardzo dobrym, przyczynił się nawet do utwierdzenia zdania, że suchoty krtani dają się wyleczyć (Schnitzler, Lubliński, Hering, Jelinek). Obydwa jednak środki mają wiele stron ujemnych, przedewszystkiém musi się dla kw. mlekowego być specyjalistą dla chorób krtani, sam Krause i Hering wymagają wprawy należytéj w stósowaniu; jodoformu znowu wiele osób nie znosi, wielu nie znosi jego zapachu, innym odbiera apetyt. Z radością, powiada Prior, powitał środek nowy, antyseptycznie działający, a już polecony w gruźlicy krtani przez kilku lekarzy (Lubliński, Seifert, Mazzoni), j o d o l czyli t e t r a j o d p y r o l, niemający żadnych nieprzyjemnych ubocznych działań; chorzy znoszą go dobrze; jestto proszek bezwonny, trudno w wodzie, ale łatwo w wyskoku, eterze, glicerynie, chloroformie i olejkach rozpuszczalny, zawiera do 89% jodu (jodoform zawiera do 96·7% jodu); jest nie tylko środkiem dobrym przeciwgnilnym, ale nadto i znieczulającym.

P. używa środka tego już od roku w chorobach krtani w postaci wdmuchiwań przy pomocy wziernika krtaniowego, zawsze w postaci proszku. Z licznych przypadków podanych wysnuwa P. co następuje:

Jodol w postaci proszku dostawszy się na gruźlicze wrzody w krtani, oczyszcza ich dno z wydzieliny i strzępów tkaninowych, pobudza tkankę zdrową do wytwarzania zdrowych ziarnin, nie tworzy zaś strupów jak inne środki (kw. mlekowy), przeciwnie tworzy warstewkę cienką przeźroczystą, pod którą ziarnina zdrowa się zabliźnia. Zarówno dobrze i skutecznie działa w przewlekłych chorobach krtani, nosa i gardziela, które za sobą pociągają zgrubienia i owrzodzenia. We wrzodach kiłowych na błonach śluzowych można go także zastósować. Lekiem swoistym przeciw gruźlicy krtani jodol nie jest. Z 19tu przypadków, w których jodolu używał, pięć razy wrzody gruźlicze w krtani zagoiły się, zabliźniły, z tych raz, mimo że upadek sił postępował. U trzech chorych wrzody nie rozwijały się daléj, lecz zatrzymały się na tym samym stopniu, u dwóch innych dno wrzodów prędko się oczyściło z wydzieliny i strzępów, ale wrzody się nie zabliźniły, mimo że ziarnina pokazywała się zdrowsza, w ośmiu przypadkach mimo całomiesięcznego stósowania jodolu stan krtani został ten sam; u jednego chorego z suchotami z szybkim przebiegiem wrzody nieco się zmniejszyły. We wspomnianych ośmiu przypadkach można już było jamy w płucach wykazać. Ale i w tych pewną ulgę sprowadził jodol. Czy blizny otrzymane w kilku przypadkach będą trwałe, nie może P. na razie naprzód przewidzieć. (W jednym przypadku już przeszło rok nawrotu nie ma). W każdym razie poleca

go P. wszystkim lekarzom niespecyjalistom, w pierwszym rzędzie tym, którzy tamtych dwóch (jodoformu i kw. mlekowego) nie zawsze mogą użyć do leczenia gruźlicy krtani i zachęca do dalszego badania tego środka, choćby dla największéj jego zalety, któréj jodoformowi brak, i w innych wrzodach niegruźliczych. W szeregu leków naszych można go między najpierwszemi umieścić. (*Münch. med. Wochschr.* 1887 Nr. 38). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Rivals: **Epilepsyja powstała w skutek zranienia czaszki bez obrażenia mózgu.**

Autor miał sposobność w klinice prof. Pitresa w Bordeaux obserwować następujący przypadek epilepsyi na tle urazu: B. A., służący, 39 lat liczący, do 33go roku życia cieszył się wyborném zdrowiem. W r. 1878 koń kopnął go w okolicę kości potylicowéj i zranił tylko części miękkie. Po zabliźnieniu rany wrócił B. do swych zajęć, lecz odtąd cierpiał często ból głowy, zamącenia, a charakter jego zmienił się znacznie, gdyż chory stał się smutnym i nadzwyczaj gniewliwym. Stan ten trwał przez ośm miesięcy, poczém nagle pewnego dnia uczuł silny ból w okolicy dawnéj rany, mrowienie w palcach i dłoni, stracił przytomność, a członki konwulsyjnie drgać poczęły. W takim stanie pozostał przez dwie godziny, poczém nastąpiła pewnego rodzaju ociężałość, która ustąpiła w ciągu godziny. Od tego czasu podobne napady epilepsyi powtarzały się 3—4 razy tygodniowo, chory mógł ich jednak uniknąć, jeżeli przed napadem miał czas cośkolwiek zjeść lub wypić. Po dwu latach napady się zwiększyły, trwały przeszło dobę, poczém chory wpadł w stan wielkiego osłabienia i afazyi przez 5 dni trwający. Odtąd napady były częstsze i dłuższe. Chory usilnie domagał się trepanacyi, ponieważ jednak w układzie nerwowym i sferze zmysłowéj chorego żadnych zboczeń nie znaleziono, postanowiono jeszcze poddać go leczeniu środkami bromowemi, aby po kilku miesiącach rozstrzygnąć, czy należy podjąć rękoczyn. Atoli stan chorego ciągle się pogarszał i podczas napadu epilepsyi zakończył życie. Sekcyja nie wykazała pomimo najskrzętniejszych poszukiwań żadnych zmian anatomicznych w mózgu, ani w oponach, ani też w kościach czaszki. Przypadek niniejszy przytacza autor jako dowód, jak niedokładną jeszcze jest nauka o epilepsyi na tle urazu powstałéj. (*Archives de Physiologie normale et pathologique* 1887 Nr. 6 p. 264). *A. B.*

Choroby skórne i kiłowe.

Prof. Disse (Tokio w Japonii): **O przyrzucie kiły.**

W kropli krwi, otrzymanéj przez nakłócie, z osób kiłą dotkniętych, można, zdaniem D., metodą barwienia Grama wykazać koki otoczone otoczką, wolno w osoczu krwi płynące, nierównomiernie w niéj rozdzielone. W ciepłocie 20°—40° C. dają na sterylizowanych odżywkach już po kilku dniach kolonije pokryte szarawobiałą powłoczką, składające się przeważnie z diplokoków 0·0018 mm. długich, z których jedne na zobojętnionéj polewce mięsnéj w wyższéj ciepłocie trzymanéj poruszają się, inne leżą spokojnie. Ostatnie dzielą się z czasem i dają przez dzielenie diplokoki. Koki te wykazał D. u 12 osób kiłą dotkniętych, z których 10 przebyło kiłę już dawniéj, u 2 była wysepka świeża; we krwi osób niekiłowych koków tych ani razu nie znalazł. Dwa razy otrzymał z nich hodowle ze krwi już umarłych za życia kiłą dotkniętych. We krwi zwierząt ssących, którym koki z kiłowych w hodowli otrzymane wstrzyknął do naczynia, mógł te same koki bardzo licznie rozmnożone wykazać jeszcze w 14 dni po wstrzyknięciu, u owiec nawet w 4 tygodnie po zaszczepieniu i z nich na nowo hodowle otrzymać. Aż do śmierci zwierzęcia można je stale we krwi wykazać. Ze szczepionych zwierząt zachorowały wszystkie, 7 królików, 5 psów, 2 owce; choroba wywołana jest dziedziczną, bo nawet u płodów, których matkom jad wstrzyknięto, koki te mógł wykazać; u zwierząt padłych, sekcyjonowanych, znaleziono obok innych zmian w sercu, płucach (zapalenie płuc zrazikowe) i nerkach, charakterystyczne zmiany w naczyniach tętniczych, polegające na zgrubieniu ich ścian, stłuszczeniu i pękaniu takowych, zmiany, zdaniem D., podobne do zmian naczyń u ludzi kiłą dotkniętych. W miejscu zaszczepienia jadu, jakoteż na skórze i błonach śluzowych zwierząt zmian nie było. U zwierząt szczepionych można było koki nie tylko we krwi wykazać, ale i w mięśniu sercowym w otoczeniu naczyń, w miejscach zapalnych płuc, w kanalikach moczowych w nerkach, w moczu i surowicy krwi w worku osierdziowym się znajdującéj. Z wrzodu pierwotnego kiłowego otrzymał D. także swój kokus, ale zmięszany zwykle z innemi mikrobami niechorobotwórczemi. Raz wykazał koki w kilaku wątroby człowieka. U zwierząt, które odziedziczyły kiłę od matek swych, mógł koki opisane wykazać i w przestworach szpikowych, a nadto znajdował u nich i inne zmiany, zdaniem jego, przypominające zupełnie kiłę dziedziczną, trzewową ludzi. D. utrzymuje, że choroby i zmiany znalezione u zwierząt są z pewnością cechy kiłowéj, i że niewystąpienie u zwierząt wrzodu pierwotnego i zmian na skórze są jedyną różnicą między kiłą ludzką a zwierzęcą. Odnośne preparaty demonstrował D. na tegorocznym Zjeździe przyrodników i lekarzy w Wiesbadenie. W żywéj rozprawie, jaka się nad tym przedmiotem rozwinęła, brali udział: Weigert (z Frankfurtu n. M.), który wątpił, czy choroba na zwierzętach otrzymana po szczepieniu była kiłą i wyraził zdanie, czy nie rozchodzi się tu może przypadkowo o inną chorobę ludzi, jedynie w Japonii występującą; Birch-Hirschfeld (z Lipska), który nigdy we krwi ludzi dotkniętych kiłą mikroorganizmów wykazać nie mógł, radzi z wielką ostrożnością przyjąć zdania i doświadczenia Dissego. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887 Nr. 41). *H. K.*

Okulistyka.

W. Zehender: **Przypadek bąblowca (echinococcus) w oczodole i uwagi nad częstością pojawiania się tego pasorzyta w Meklemburgu.**

Rzadko spotyka się okulista z bąblowcem, a już w oczodole tak rzadko, że Zehender, mimo względnéj częstości tego pasorzyta w obu Ks. Meklemburskich, raz tylko miał sposobność podobny przypadek obserwować i operować.

Przypadek ten dotyczył 28-letniego majstra murarskiego, który zgłosił się do autora w dość wczesnym okresie choroby, kiedy wysadzenie gałki było jeszcze nieznaczne, wzrok miernie upośledzony, a wziernik wykazywał jedynie objawy żylnego przekrwienia tarczy. W 2½ miesiąca po stwierdzeniu tego stanu objawy się wzmogły: gałka wyparta na 9 mm. ku przodowi, linija widzenia zbacza ku dołowi wewnątrz, między górnym brzegiem oczodołu a gałką wyczuwalny w głębi okrągławy, miękki guz. Nie mogąc wykluczyć nowotworu złośliwéj natury przedsięwziął autor w obec silnego już upośledzenia wzroku wyłuszczenie guza, którego też dokonał w dwu oddzielnych zabiegach. Po rozcięciu szpary powiek i worka spojówkowego ukazał się w głębi guz o ścianach napiętych, wyraźnie chełboczący, tak że co do natury jego wątpliwości już być nie mogło. Ostry haczyk wbity

w pęcherz dla wyciągnięcia go ku przodowi rozdarł jednakże częściowo torebkę, skutkiem czego pozostałe ściany tejże po wylaniu się płynnéj treści cofnęły się znacznie w głąb, uniemożliwiając dalsze wyłuszczanie. Ponieważ mimo wypróżnienia pęcherza wysadzenie gałki utrzymywało się nadal, przystąpił autor do powtórnego zabiegu, w którym też po szerokiém nacięciu sklepienia spojówki udało się ściany pęcherza w całości wydobyć. Tym razem wysadzenie gałki ustąpiło w zupełności, ruchomość gałki jednak pozostała upośledzoną jak przed wyłuszczeniem pęcherza. Badanie anatomiczne wykazało obecność bąblowca, którego wielkość mogła dochodzić do rozmiarów orzecha włoskiego, brak tylko było haczyków, rozchodziło się więc o t. z. „akefalocystę.“

Nawiązując do powyższego przypadku podaje autor ciekawe wyniki poszukiwań statystycznych co do rozmieszczenia tego pasorzyta na podstawie materyjału zebranego przez ogół lekarzy obu księstw Meklemburskich za inicyjatywą prof. Madelunga. Z dat zebranych przez samego Madelunga wynika, że najwyższy procent tegoż pasorzyta stwierdzonego sekcyją w zakładach patologicznych przypada na zakład w Rostoku (2·43%) i Gryfii (1·47%). W okręgu wojskowym rostockim w przeciągu 23 lat spostrzegano jeden przypadek na 1414 mieszkańców. Polegając na zdaniu Leuckarta, wedle którego pies jest jedynym tego tasiemca żywicielem, który styka się bliżéj z człowiekiem i zwierzętami domowemi, możnaby tę niezwykłą częstość choroby bąblowcowéj odnieść do znaczniejszéj ilości psów w ks. meklemburskich, która tam rzeczywiście w stosunku do ludności przedstawia się jak 1 : 18. Ponieważ jednak są kraje, wykazujące jeszcze większą ilość psów przy nierównie mniejszéj częstości choroby bąblowcowéj, przypuścić należy, że inny jeszcze czynnik w grę tu wchodzi, a takim okazała się hodowla owiec, które, jak wiadomo, cierpią często na t. z. kołowaciznę, polegającą na usadowieniu się bąblowca w mózgu. Bardzo pouczające są pod tym względem daty statystyczne przez autora przytoczone, z których okazuje się, że kraje wykazujące najwyższy procent choroby bąblowcowéj, t. j. Meklemburg i Pomorze, uprawiają na największą skalę hodowlę owiec. Nawet różnice w pojedynczych okręgach tych krajów co do rozmieszczenia téj choroby odpowiadają takimże różnicom co do rozmiarów hodowli owiec. Zależność tę należy tak pojmować, że psy żywiąc się tu i owdzie surowym mózgiem owiec, przez częste stykanie się z człowiekiem stają się bezpośrednim przenośnikiem pasorzyta na tegoż. *(Klin. Mnblätt. f. Augenheilk.* 1887). *Sroczyński.*

Medycyna sądowa.

Schröder: **Oparzenie czy pęcherzyca** *(Pemphigus).*

Dziecko (prawdopodobnie nowonarodzone) kąpane przez akuszerkę w wodzie ciepłéj okazało się następnéj nocy bardzo niespokojném a nazajutrz matka znalazła je pokryte pęcherzami; w 8 dni potém nastąpiła śmierć. Lekarze sądowi orzekli, że dziecko umarło z pęcherzycy, kolegijum atoli prowincyjonalne orzekło przeciwnie, że umarło z oparzenia, a śmierć z pęcherzycy wykluczyć należy.

Imieniem Deputacyi Umiejętnéj zmarły już prof. Schroeder przychyla się do zdania pierwszych lekarzy, nie na podstawie sekcyi, która tym razem wątpliwości rozstrzygnąć nie może, lecz na podstawie aktów. Nie jest rzeczą sprawdzoną, czy dziecko podczas kąpania krzyczało, a niepokój jego w nocy można tłumaczyć wybuchem pęcherzycy; pęcherze znajdowały się szczególnie na głowie, a nie było ich wcale na brzuchu, a więc na części ciała, która z pewnością stykała się z wodą; nadto po oparzeniu śmierć byłaby wcześniéj nastąpiła. Z drugiéj strony nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że dziecko zachorowało na pęcherzycę *(Pemphigus neonatorum)*, a przynajmniéj ani bieg choroby ani wynik sekcyi przeciw temu przypuszczeniu nie przemawiają.

Wprawdzie uderza, że rozchorowanie się dziecka rozpoczęło się niedługo po kąpieli, ale i ten zarzut usunąć można, jeżeli się przypuszcza, że kąpiel wpłynęła na powstanie pęcherzycy, pomimo że właściwego oparzenia nie było. Przyczyny powstania pęcherzycy nie są dokładnie znane, ale wiemy, że skóra noworodków jest bardzo delikatną i że przyskórek ma wielką skłonność do odłączenia się od miazdry. Tak też na miejscach, które śród porodu poprzedzały, łatwo tworzą się pęcherze, zwłaszcza jeżeli palec badający często się z niemi stykał, tak samo na miejscach, które uchwycone zostały silnie celem wydobycia dziecka. Ale nawet jeszcze w parę dni po urodzeniu silne manipulacyje po ciele dziecięcém mogą wywołać pęcherze. Dohrn *(Archiv f. Gyn.,* t. 10 i 11) opisał przypadek, w którym akuszerka w praktyce swojéj w Wiesbadenie a późniéj w zakładzie położniczym w Marburgu doczekała się całego szeregu przypadków pęcherzycy. Pokazało się, że przyczyną były zbyt silne manipulacyje śród kąpania i obcierania. Gdy uwagę akuszerki na to zwrócono, już więcéj pęcherzyca nie pojawiła się. Przypuścić więc należy, że i drażnienie termiczne wywołać może pęcherze, pomimo, że o właściwém oparzeniu mowy nie ma.

Z tych powodów możebną jest rzeczą, że kąpiel z następowém obtarciem w danym przypadku wywołała pęcherze, nawet w razie, jeżeli woda nie była wcale lub maloco gorętsza od wody ciepłéj, zwykle do kąpieli używanéj i dla tego orzeka się, że dziecko umarło z wysypki pęcherzowéj, co do powstania któréj winy akuszerki wykazać nie można. *(Viertelj. f. ger. Medicin,* N. F. t. 47, z. 2). *L. B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

IX zwyczajne naukowe posiedzenie.

Przewodniczący prof. Dr. Kadyi. Obecnych członków 16.

Kol. Prezes wita dwóch nowych członków koll. Kossaka i Kadena.

Kol. Widman przedstawił rzecz: o uderzaniu serca w stanie zdrowym i patologicznym. (Rzecz będzie umieszczona w *Przeglądzie Lekarskim).*

Kol. Wehr oświadcza na podstawie własnych ścisłych doświadczeń bakteryjologicznych, jak mało antiseptycznemi są pewne przybory chirurgiczne, jak np. jedwab karbolizowany Listera, które za takie uchodzą. Kol. Wehr w tym kierunku robi i z innemi przyborami liczne doświadczenia, z któremi się wkrótce podzieli z członkami Tow. Lek. Równocześnie okazał naczynia szklane dające się hermetycznie zamknąć, które uznaje jako bardzo dogodne do przechowania i przenoszenia pewnych przyborów chirurgicznych w płynach antiseptycznych. — Kol. Szpilman zaleca firmę Dobrowolskiego, który świeżo założył fabrykę opatrunków chirurgicznych aprobowaną przez krakowskie Towarzystwo Lekarskie, proponując wybór komisyi, którahy oceniła dobroć tych wyrobów. — Na wniosek jednak kol. Tatarczucha uproszono tylko koll. chirurgów, aby każdy z nich zechciał próby z odpowiedniemi opatrunkami czynić i rezultat udzielić Tow. Lekarskiemu.

Kol. Mehrer przedstawia chorego z uporczywą chorobą skórną na podudziu, któréj natury nie może z wszelką pewnością określić, okazującą jeszcze najwięcéj podobieństwa do *„eczema.“*

Têm się jednak odszczególnia, że się opiera wszelkiemu leczeniu, jakkolwiek bowiem miejscowo się goi, sprawa chorobowa szerzy się dalej.

W dyskusyi zabierali głos koll. Tatarczuch, Gostyński i Wehr.

Kol. Laskiewicz okazał znaczną część zewnętrznéj blaszki żuchwy lewéj, któréj wyjęcia dokonał u pewnego w Zakładzie dla obłąkanych na Kulparkowie znajdującego się idyjoty, dotkniętego mikrocefaliją, okazującego nadto *pes equinus paralyticus bilat.* i lekkie a częste napady epileptyczne. Zgorzelinowa blaszka ta z łatwością dała się wydobyć obcęgami i przy badaniu mikroskopowém posokowatéj ropy wykazano *actinomycosis,* co téż było przyczyną istniejącego od kilku miesięcy u tego chorego zapalnego obrzęku szczęki. Najlepiéj widać było te bakteryje natychmiast po wydobyciu sekwestra, później zaś po leczeniu jodoformem i wodą karbolową bakteryj tych nie można było dostrzedz. Ponieważ kanał alweolarny jest obecnie u chorego otwartym, przeto widać obecnie u żywego człowieka piękny obraz układu zębów w szczęce.

Wreszcie kol. Laskiewicz komunikuje, że z oddziału kol. Dra Widmana odstawionym został dziś do Zakładu na Kulparkowie chory dotknięty równocześnie szaleństwem i prawdopodobnie wodowstrętem, charakterystycznemi drgawkami tetanicznemi i kurczami przełyku. *Dr. Wiczkowski.*

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 21 czerwca 1887.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzano miejscowe szpitale, a w klinice ocznéj wykonał Dr. Wicherkiewicz operacyję zaćmy niedojrzałéj przy pomocy swego przyrządu, daléj blefaroplastykę i epicanthus.

Na popołudniowém posiedzeniu zebrali się koledzy: Kaczorowski, Preibisz, Święcicki, Koehler, Jerzykowski, Zielewicz, Jarnatowski, Gąsiorowski, Holzer i sekretarz; z zamiejscowych kol. Zaremba z Pierzchna.

Posiedzenie zagaja prezes Kaczorowski zwracając przed obradami porządkiem dziennym ustanowionemi uwagę obecnych na znaczenie Izb lekarskich i zachęcając do porozumienia się w sprawie wyborów. Po dość ożywionéj rozprawie wybrano na wniosek Sekretarza komitet, który ma się sprawą tą zająć, a mianowicie zwołać posiedzenie członków miejscowych i zamiejscowych celem ułożenia listy kandydatów. Do komitetu wyborczego powołano koll. Kaczorowskiego, Zielewicza i Wicherkiewicza.

Następnie poproszono kol. Zarembę, ażeby przewodniczył dalszym obradom; tenże wspomina o śmierci Dra Pernaczyńskiego z Wrześni a członkowie na wezwanie uczcili powstaniem pamięć świeżo zgasłego kolegi.

Kol. Kaczorowski referuje w sprawie dotyczącéj końcówek polskich nazw alkaloidów, jakotéż w sprawie wyrazu kiła zamiast przymiot i dyfteryt zamiast dyfteryja, a w końcu swego zajmującego referatu wzywa zgromadzenie, ażeby się oświadczyło za odpowiednią nomenklaturą co do wyrazów stanowiących różnicę pomiędzy szkołą krakowską a warszawską, wyrażając przekonanie, iż Kraków chętnie zrobi ustępstwo, jeżeli Poznań przychyli się do jednéj lub drugiéj pisowni.

Po żywéj dyskusyi podtrzymywanéj przez kolegów Zielewicza, Koehlera, Jerzykowskiego, Jarnatowskiego, referenta i sekretarza, wnosi ostatni, ażeby celem dokładnego zbadania téj sprawy, a mianowicie ocenienia wywodów, które skłoniły szkołę krakowską do przyjęcia końcówek na *in,* wybrać komisyję z trzech członków Sekcyi, któréjby przydzielono ze dwóch filologów. Wniosek ten przyjęto a do komisyi wybrano koll. Kaczorowskiego, Koehlera, Wicherkiewicza, proff. Jerzykowskiego, Kolanowskiego albo Jakowickiego.

Następuje wykład kol. Święcickiego o perineoplastyce. Dawszy na wstępie historyczny pogląd na rozwój operacyi, przechodzi prelegent do wskazań, wykazując jak nieraz najróżnorodniejsze cierpienia wynikać mogą z większego lub mniejszego przedarcia międzykrocza. Wspomina tutaj o opadnięciu macicy, boleściach przy spółkowaniu, oddawaniu kału i moczu przez pękanie blizn międzykrocza, mówi o *inversio parietis anterioris et posterioris vaginae, cysto-* i *rectocele* i różnych innych przypadach. Co do sposobu operacyi rozwodzi się mowca obszerniéj nad metodą Simona, Hegara, Freunda, Hewitta, Martina młodszego i Bischoffa. Wykazawszy ich dodatnie i ujemne strony, przechodzi do najnowszéj metody Walchera, dyrygującego lekarza w zakładzie położniczym w Stutgardzie. Zdaniem Walchera winno się przy perineoplastyce na to przedewszystkiém zwracać uwagę, aby o ile można *status quo ante* otrzymać, czyli innemi słowy aby utworzyć na nowo prostopadły, prawie szczelinowy *introitus* w porównaniu do więcéj poziomo leżącéj pochwy. W tym celu trzeba powstałe przez przedarcie międzykrocza blizny z największą skrupulatnością wyciąć lub wykrajać, a przez to usunąć powstałą dyslokacyję części przedsionka i pochwy. Tak skóra jak mięśnie itd. otrzymają natenczas tę poruszalność, jaka jest konieczną, aby mogły być reponowane na swe dawniejsze miejsce i z odpowiedniemi częściami swemi zeszyte. Wszelkie napięcie usuwa się w ten sposób a têm samém łatwiejszy następuje rychłozrost. Prelegent wspomina przy téj sposobności także i o metodzie Walchera przy opadnięciu macicy. Otóż odpreparowuje on dość znaczny długi i szeroki kawałek błony śluzowéj z tylnéj części pochwy, a następnie wykrawa ze środka rany wąski pasek przez całą grubość ściany pochwowéj, zeszywa ranę i otrzymuje przez to rodzaj podłużnego wału w pochwie. Zwężenie pochwy, przymocowanie jéj silniejsze do swéj podkładki, utrudnienie zbliżenia się macicy do przedsionka, są wynikiem téj operacyi. Zdaniem prelegenta metoda Walchera ze wszystkich metod największą ma przyszłość, gdyż oparta jest na ściśle anatomicznych danych i najwięcéj ze wszystkich metod stara się o przywrócenie normalnego stanu przedsionka pochwy i międzykrocza. W końcu mówi prelegent o różnych szwach przy perineoplastyce (Jobert de Lamballe, Baker-Brown, Roser, Heppner, Werth, Hildebrandt, Lawson-Tait, Lauenstein), lecz jest zdania, że kwestyja szwów wcale tak ważną nie jest, jak to w najnowszyah jeszcze czasach utrzymuje Lauenstein i że dobre wyniki jedynie zależą tutaj od dobréj antyseptyki i od dokładnéj akomodacyi zeszytych ze sobą części. Spór o rodzaj szwów przypomina mimowoli ów spór z dawnych czasów Noëla, Dieffenbacha i Rouxa, a który przecież późniéj okazał się przy innêm racyjonalniejszém postępowaniu operacyjném zupełnie bezcelowym.

W rozprawie zabiera głos kol. Jerzykowski sądząc, że powodem powstrzymania rychłozrostu jest zbyt bliskie zakładanie szwów i niedostateczne zraszanie. — Kol Święcicki sądzi, że najgłówniejszą rolę odgrywa przy szwach materyjał używany jakotéż należyte ściąganie. Zakłada on szwy tak, iż obejmują one częstokroć nawet pęcherz, zraszań nigdy nie używa, gdyż przez nie łatwo dojść może powietrze.

Kol. Zielewicz, który w ogóle tylko trzy robił perineoplastyki, streszcza w krótkości ostatni przez siebie operowany przypadek: Chora przybyła z opadnięciem macicy i przedarciem niezupełném międzykrocza. *Colporaphia anterior et posterior et perineoraphią* według metody Hegara, przytém trójkąt wycięty w błonie sięgał wierzchołkiem jak najdaléj ku górze. Przez 2 tygodnie u choréj nie zmieniono opatrunku; po upływie tego czasu przekonano się, że szwy katgutowe były wessane, jedwabne zaś, które pozostały w miejscu, wyjęto teraz dopiero.

Kol. Kaczorowski mówił o morfinizmie i opowiadał bardzo ciekawy przypadek, tyczący się dawniejszego oficera, nałogowego morfinisty, którego ten nałóg doprowadził do stanu niepoczytnego. K. odzwyczaił go bez zapadu od morfinu, a chory po 4 tygodniach opuścił zakład Sióstr Miłosierdzia zupełnie wyleczony.

W dyskusyi wspomina kol. Gąsiorowski, iż tenże sam chory przed tygodniem wpadł w takim samym stanie, w jakim go widział przed wstąpieniem do zakładu Sióstr Miłosierdzia, do jego pomieszkania, domagając się natarczywie zastrzyknięcia morfinu.

W końcu wyjaśnił Sekretarz nieporozumienie, jakie zaszło w sprawie ogłaszań sprawozdań wydziałowych i odczytał list prof. Blumenstoka, który w sposób ze wszech stron zadowalający tłumaczy opóźnienie zachodzące niekiedy w umieszczaniu sprawozdań Sekcyi lekarskiéj poznańskiego Tow. przyj. nauk w Przeglądzie Lekarskim: prof. B. przyrzeka na przyszłość według możności uwzględniać życzenia Sekcyi pod tym względem wyrażone. Spodziewać się atoli trzeba, iż w zamian koledzy w zaborze

pruskim liczniejszém zaabonowaniem Przegl. Lek. i współpracownictwem dadzą dowód, iż rozwój piśmiennictwa polskiego lekarskiego nie jest im obojętnym, a duch, w jakim Przegl. Lek. jest redagowanym, sympatyję u nich budzi. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Virchow: **W sprawie badania mięsa.**

Stowarzyszenie sanitarne dolno-reńskie wystósowało petycyję do Ministerstwa pruskiego, w któréj prosi o zaradzenie rozmaitemu zapatrywaniu się w rozmaitych rzeźniach na kwestyję traktowania bydła perlicowego, albowiem rozporządzenia ministeryjalne z r. 1882 i 1885 złemu nie zaradzają. Z tego powodu **Ministerstwo zażądało orzeczenia** Deputacyi Umiejętnéj.

Virchow w orzeczeniu swém nie uważa rozporządzenia minister. za niedostateczne, co najwięcéj możnaby polecić, aby wszędzie postępowano jednakowo. Znawcy kompetentni dosyć zgodnie zapatrują się na znaczenie perlicy. Choroba ta blisko spowinowacona jest z gruźlicą człowieka a tak jak ona przedstawia bieg jużto miejscowy, jużtéżto ogólny. Nie ma zaś powodu przypuszczenia, że zawsze jest chorobą ogólną i ma znaczenie ogólne. W istocie perlicowe schorzenie mięśni zdarza się tylko wyjątkowo. Rozporządzenie ministeryjalne poleca, aby nawet mięsa wolnego od guzów perlicowych nie sprzedawano, jeżeli więcéj przyrządów ciała jest schorzałych, lub jeżeli zwierzę jest wychudłe. Gdyby i to rozporządzenie miało być niedostatecznem, wtedy pozostałby tylko bezwzględny zakaz mięsa zwierząt perlicowych. Przed kilku laty rząd polecił robić doświadczenia w szkole weterynarskiéj berlińskiéj i w kilku uniwersytetach pruskich, celem zbadania w sposób eksperymentalny szkodliwości mięsa zwierząt perlicowych. Rezultat ogólny wszystkich doświadczeń był wprawdzie ujemny, jakkolwiek niejakie podejrzenie się utrzymuje. I późniejsze badania nie były uwieńczone wynikiem pewniejszym. Że pod pewnemi warunkami zarodki guzów perlicowych mogą dostać się do obiegu krwi, jest rzeczą prawdopodobną, ale uważamy to za całkiem nieprawdopodobne, aby udało się kiedykolwiek rozpoznać za pomocą cech pewnych, kiedy przejście to ma miejsce. Jeżeli więc nie chcemy użyć środka radykalnego i zakazać z góry spożywania mięsa każdego zwierzęcia, perlicą nagabniętego, to nie pozostanie nic innego, jak wyczekiwać dalszych objawów, a temi właśnie są guzy w innych organach lub wychudnienie połączone z gorączką lub bez niéj.

W Berlinie w r. 1885/6 sprawdzono perlicę u 1920 wołów i 7 cieląt, t. j. nieco więcéj niż u 2% wszystkich zwierząt do rzeźni przypędzonych. Ponieważ bydła gorszego wcale nie sprowadza się do stolicy, cyfra więc ta jest za niską dla kraju całego. Gdyby więc chciano wykluczyć wszystko bydło chore, a tém samém uczynić zadość i skrupułom teoretycznym tylko, przypadłoby na bydło perlicowe około 3%. Jeżeli zaś nie można zdecydować się na zakaz bezwzględny, a potrzeba praktyczna takiego zakazu nie jest dowiedzioną, to rozporządzenia już ogłoszone wystarczą, co najwięcéj możnaby je uzupełnić wskazówką o mniejszéj wartości mięsa zwierząt perlicowych. (*Viertelj. f. ger. Medicin,* t. 47, z. 2, str. 307—311). *L. B.*

○ Wspomnione wyżéj rozporządzenie opiewa: „Mięso takich zwierząt należy wówczas za zdrowiu szkodliwe poczytywać, gdy zawiera guzy perlicze (guzy gruźlicze), lub gdy zwierzę perlicą dotknięte okazywało już wychudnienie, nawet chociaż tych guzów nie było. Nadaje się jednak mięso do użycia, jeżeli guzy znaleziono tylko na jednym narządzie. Aby atoli w tym względzie należyta panowała kontrola, winny mieć miejsce najsumienniejsze oględziny mięsa i w każdym razie wskazaną jest rzeczą, aby mięso z wymienionych zwierząt pochodzące i co do źródła swego pochodzenia przy sprzedaży dokładnie oznaczone, przed użyciem dokładnie sparzyć: w ten sposób będą grzybki chorobowe, podstawę gruźlicy stanowiące, zniszczone i mięso będzie nieszkodliwém“. (*Gesundheit,* 1887, Nr. 19).

Kratschmer: Środki przeciw lekom tajnym. W szeregu referatów przygotowanych na VI międzynarodowy Zjazd higijeniczny był jeden, opracowany przez K., a dotyczący ważnéj sprawy leków tajnych, która już wielokrotnie była przedmiotem rozpraw na różnych Zjazdach. Po krótkiém wyłuszczeniu przyczyn szerzenia się leków tajnych wspomina autor o różnych uchwałach i petycyjach, wnoszonych przez różne Zjazdy, poczém daje wyczerpujące zestawienie odnośnych ustaw austryjackich a następnie przechodzi do ustaw innych państw, mianowicie Francyi i Niemiec. W Anglii i Ameryce handel wzmiankowanemi środkami jest zupełnie wolny; w niektórych państwach amerykańskich wzbronionem jest jedynie publiczne ogłaszanie środków poronnych. Sprawozdanie swe kończy K. 3ma wnioskami, których treścią jest: 1) że leki tajne przynoszą szkodę ludzkości pod względem moralnym, społecznym i lekarskim; 2) że do stłumienia lub ograniczenia nie wystarczają usiłowania pojedynczych kół społecznych, ale potrzeba pomocy państw; 3) że należy upraszać rządy o podjęcie starań co do podniesienia oświaty ludu, co do reform aptekarstwa, urządzenia stacyj badawczych i zakazania ogłaszania, sprzedaży i rozdawnictwa próbek leków tajnych.

Dr. Grabowski.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,8. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 2 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 12 (4 z. t.); z zapalenia płuc 5 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach płonicy, 1 duru osutkowego, 3 czerwonki. W tygodniu od 25 września do 1 października umarło z ospy: w Brodach, Tarnopolu i Tarnowie po 1; w Warszawie 22, w Pradze i Petersburgu po 2, w Budapeszcie 1, w Tryjeście 9, w Paryżu 6. Z odry umarło w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Paryżu 9, w Londynie 21, w Kopenhadze 19, w Wiedniu 5. Z płonicy umarło we Lwowie 7, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi 1, w Wiedniu 5, w Gracu 3, w Londynie 38. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 26, w Londynie 12, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 5, w Kołomyi 2, w Brodach i Stanisławowie po 1, w Wiedniu 1. Z krztuśca umarło w Przemyślu 1, w Londynie 34, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 września do 2 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,4; we Lwowie 39,2; w Brodach 45,7; w Drohobyczu 24,6; w Kołomyi 44,1; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 40,2; w Tarnopolu 38,0; w Tarnowie 32,5; w Czerniowcach 27,0; w Wiedniu 23,9; w Salcburgu 15,5; w Gracu 24,3; w Tryjeście 34,1; w Insbruku 16,4; w Pradze 30,5; w Bernie 22,5; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 18,8; w Warszawie 28,7; w Poznaniu 34,6; w Berlinie 21,3; we Wrocławiu 29,4; w Gdańsku 19,1; w Dreźnie 23,5; w Hamburgu 22,8; w Kolonii 23,7; w Lipsku 17,9; w Mnichowie 27,5; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 15,2; w Budapeszcie 26,6; w Chrystyjanii 23,3; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 15,3; w Odesie 29,2; w Paryżu 18,6; w Petersburgu 20,3; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 19,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Korczyński wyroby lekarskie aptekarzy pp. Mańkowskiego z Przemyśla i Nitribitta z Krynicy i suszone jarzyny p. Seelinga de Saulenfels z Izdebnika, poczém prof. Obaliński mówił o modyfikacyjach metody amputacyjnéj i przedstawił chorych leczonych według metody Ko-

lischera; wreszcie kol. Schaitter okazał preparaty z przypadku sekcyi uskutecznionéj w zakładzie sądowolekarskim, a prof. Obaliński poczynił uwagi nad tym przypadkiem, spostrzeżonym przezeń podczas krótkiego pobytu ranionego w szpitalu św. Łazarza.

* Dr. Konrad Wagner, sprawozdawca prac lekarskich polskich w tygodniku „Wracz" uprasza tych kolegów, którzy ogłaszają prace w oddzielnych broszurach, aby mu takowe zechcieli nadsyłać pod adresem: Petersburg, Spaskaja Nr. 10.

* Dr. Halski Henryk wychowaniec szkoły krakowskiéj i były elew kliniki lekarskiéj krak., który jako kierownik zakładu wodoleczniczego w Bystry umiał sobie zyskać powszechne uznanie chorych, osiadł stale jako lekarz praktyczny w Cieszynie. Nie wątpimy, że znajdzie on powodzenie na kresach kraju, gdzie lud polski od lekarza Polaka chętniéj niż od obcego przyjąć powinien radę lekarską.

* Książę Ludwik Ferdynand Bawarski otrzymał dyplom doktora medycyny *honoris causa* Uniwersytetu w Bononii. Jest on już doktorem medycyny uniw. monachijskiego i praktykuje zarówno jak kuzyn jego książę Karol Teodor.

* Otrzymaliśmy zeszyt 55 i 56 *Biographisches Lexicon*, który właściwie zakończa dzieło całe. Zanosi się jednak na kilka zeszytów jeszcze, w których znajdą się uzupełnienia. W zeszytach w mowie będących podane są życiorysy następujących lekarzy polskich: Wisłockiego, Wiszniewskiego, Wojciechowskiego, Wojnicza, Wolffów, Wołłowicza, Wonieńskiego, Żagiella, Zajączkowskiego, Zarewicza, Zawadzkiego, Zieleniewskiego, Zielewicza, Żulińskiego, Złobikowskiego, Ziembickiego i Arnolda.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Habilitowali się Drowie Eröss i Ottava, pierwszy dla pedyjatryi, ostatni dla okulistyki. — **Neapol.** Prof. de Vicentiis z Palerma mianowany został zwyczajnym profesorem okulistyki. — **Rzym.** Prof. Celli z Palerma mianowany tu nadzw. profesorem higijeny doświadczalnéj. — **Monachijum.** Prof. szkoły weterynarskiéj Tappeiner mianowany nadzw. prof. farmakologii w Wydziale lek. — **Kazań.** Prof. Adamiuk, który z powodu słabości chciał usunąć się z katedry swojéj, pozostaje na niéj w skutek prośby wyrażonéj z Petersburga. — **Insbruk.** Gdy prof. Weichselbaum nie przyjął katedry anatomii patolog., mianowany został suplentem tego przedmiotu Dr. Pommer z Gracu. Profesorem medycyny sądowéj i higijeny zostanie mianowany Dr. Kratter z Gracu. — **Wiedeń.** Prof. Störk miał otrzymać od Ministra Oświecenia naganę z powodu wykładu swego o chorobie ks. następcy tronu pruskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Maryjan Gabryszewski rodem ze Lwowa i Eugieni Jan Wisłocki z Hołuszkowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Genewie umarł Dr. Andrzéj Duval, autor dzieła o historyi medycyny, w 59 roku życia. — W Anglii umarli Drowie Robert Greenhalgh, znakomity ginekolog w 68, i Wilhelm Teevan chirurg w 53 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Ziemińskiego: Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopu; Zaleskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego (dok.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 47: Tetza: *Sclerosis lateralis amyotrophica*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXVI. Kraków, 3 Grudnia 1887. Nr. 49.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, 1. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznéj.

Przez Dra B. Wicherkiewicza.

Lubo wiele już pisano o kokainie od czasu kiedy Koller na Zjeździe okulistów w Heidelbergu w r. 1884 zapoznał świat lekarski z tym dziś powszechnie używanym środkiem, to jednak mimo ogromu publikacyj dotyczących tego przedmiotu jeszcze ostatniego nie wypowiedziano słowa ani co do teoryi działania, ani co do praktycznego zastósowania kokainu. To też czy to nowe doświadczenia, czy to potwierdzenia dawniejszych, przyczynić się mogą do dokładnego zarysowania fizyjologicznych i praktycznych granic działania środka; a z tego punktu widzenia wychodząc, ośmielam się, powodowany mianowicie zachętą prof. Woelflera wyrażoną we *Wiener med. Wochenschrift* ogłosić dalszy ciąg własnych nad kokainem poczynionych doświadczeń.

Nie będę się atoli tutaj rozwodził nad działaniem fizyjologicznem i leczniczem kokainu na oko przy stósowaniu tego środka wprost do worka spojówkowego i na rogówkę; pod tym bowiem względem tak wiele już i pisano i mówiono, iż trudnoby coś odrębnego i wcale nieznanego przytoczyć. Tem zaś więcéj od zadania tego odstąpić mogę, iż sam także zapatrywania moje pod tym właśnie względem złożyłem w pracy umieszczonéj w Przeglądzie Lek. w r. 1885. Zajmiemy się tym razem kokainem jako środkiem znieczulającym i skreślimy znaczenie tego znieczulenia dla chirurgii okulistycznéj.

To ostatnie jest dzisiaj rzeczą powszechnie już znaną. Zaledwie istnieje jeszcze jaki rękoczyn dotyczący oka, przy którymby tego środka nie próbowano, a w przeważnie większéj części operacyj ocznych kokain zyskał sobie prawo stałego obywatelstwa jako środek znieczulający.

Że w niektórych przypadkach nie może on zastąpić znieczulenia ogólnego z uśpieniem połączonego za pomocą chloroformu, eteru itp. środków, rozumie się samo przez się, bo któż chciałby się, mając ważniejsze do wykonania operacyje, obyć bez narkozy, gdy chodzi o dzieci, osoby lękliwe lub takie, które mimo swéj woli operowane, operacyję unicestwić pragną.

Ale i proste irydektomije w jaskrze zapalnéj lub usuwanie ciał obcych z wnętrza oka łepiéj niekiedy, bo korzystniéj dla chorego, a pewniéj dla operatora, wykonywane być winny pod wpływem odurzenia ogólnego, gdyż kokain wpuszczony do worka spojówkowego, nie mogąc dostatecznie znieczulić głębszych części oka, nie wystarcza w takich razach.

Nie o tém właśnie zamierzając mówić winienbym wprost przejść do właściwego zadania.

Zanim atoli to uczynię, t. j. zanim poruszę zastósowanie kokainu w postaci, o któréj mniéj dotychczas się rozpisywano, a mianowicie w postaci wstrzykiwań podspojówkowych, podskórnych lub miąższowych, pozwolę sobie na chwilę zatrzymać się przy użyciu zewnętrznem kokainu dla wykonania operacyi zaćm, a to ze względu na dwie okoliczności, których doniosłość niedostatecznie, jak się zdaje, dotychczas oceniają.

Zauważono już po kilka razy, iż od czasu zaprowadzenia kokainu powstają, mimo prawidłowo wykonanych operacyj, bądź powierzchowne, bądź miąższowe, przemijające lub trwałe zaćmienia rogówki; pierwszym zaś, który pod tym względem oskarżył kokain, był Bunge, donosząc w *Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.* w r. 1885 o kilku przypadkach operowanych w klinice Graefego w Hali, po których powstały owe wzmiankowane zmiany rogówkowe. Streszczając pracę Bungego zaprzeczał Hirschberg możności związku pomiędzy owemi zmianami a kokainem, równocześnie zaś przypisał złe następstwa, przez Bungego podniesione, skutkowi zbyt silnego działania dwuchlorku rtęci, używanego w klinice Graefego do opłukania oka przed i w czasie operacyi.

Czy kokain sam, czy przy równoczesnem zastósowaniu sublimatu, wywołuje owe zaćmienia, nie śmiem na podstawie

mojéj statystyki wnosić. W każdym razie i ja miałem sposobność widywać zaćmienia rogówkowe po operacyjach zaćm prawidłowo wykonanych i z tego względu zacząłem badać związek przyczynowy.

Chcąc dostatecznie znieczulić rogówkę przed operacyją zaćmy, zapuszczamy zazwyczaj kilka razy po sobie 5% rozczyn kokainu. Prócz znieczulenia sprowadza środek ten znaczne obniżenie napięcia śródocznego, w skutek czego rogówka po przecięciu zapada się tworząc fałdy; w takich warunkach brzegi rany nie dobrze przylegają i nieregularnie zrastają się albo też zrost następuje dopiero wtenczas, gdy po ustąpieniu skutku kokainu naprężenie znowu się podniesie i dostateczne przyleganie brzegów rany umożebni. W obu zaś przypadkach krążenie odżywczych soków rogówkowych uledz musi pewnéj zmianie, która się odbije na zamgleniu miąższu rogówkowego. Gdy to zamglenie jest nieznacznem i ogranicza się tylko do warstwy przylegającej do brzegu rany, natenczas ustępuje później, w wielu innych atoli razach trwałem stać się może.

Odkąd postanowiłem sobie, aby 5% rozczyn chlorku kokainowego najwyżéj tylko dwa razy i to krótko przed operacyją zapuszczać, nie widywałem już więcéj owych zaćmień. Czy się atoli ta zasada zawsze okaże skuteczną, dzisiaj jeszcze orzec nie śmiałbym. Wszelako radziłbym, aby u ludzi w podeszłym wieku będących i cieleśnie mocno osłabionych, jako i u tych, u których białkówka odznacza się cienkością, środek znieczulający stosować tylko w słabych rozczynach, najwyżéj 2 razy i to krótko przed operacyją.

Przemijające zamglenia rogówki widziałem także i przy irydektomijach i ztąd nie mogę oprzeć się przekonaniu, że kokain czy to sam, czy w połączeniu ze sublimatem, tylko wtenczas zaćmienia takie wywołuje, gdy przecinając rogówkę miąższ jéj wystawiamy na działanie owych środków, co potwierdzać się zdaje i ta okoliczność, iż mimo bardzo częstego zapuszczania (5—6-krotnego) kokainu przy innych operacyjach, jak np. zezu, nigdy nie zdarzyło mi się spotykać takiego zmętnienia.

Całkiem naturalnie od poprzednich odrębnego rodzaju i pochodzenia są, zdaniem naszém, zaćmienia, o których Bunge w swéj pracy wspominając mówi, iż przed operacyją samą po kokainizowaniu powstają jako powierzchowne zamglenie przybłonka w samym środku rogówki. Mojém zdaniem mogą one w ten sposób powstać, iż chory w skutek znieczulenia rogówki nie czując ucisku powieki ani też pyłu osadzającego się na rogówce, przestaje mrugać i równocześnie zwilżać nabłonek rogówkowy, który wysychając łatwo strąca się przy manipulacyjach wykonywanych w celu opłukania oka. Zmiany te ustępują same bez następstw po dokonanéj operacyi pod osłoną odpowiedniéj opaski.

Jeżeli kokain przy operacyjach zaćm szkodliwie działać może, gdy w zbyt silnych rozczynach i zbyt często bywa zapuszczanym, to są inne jeszcze operacyje, przy których lepiéj w ogóle wcale środka tego nie używać lub używając go zapuścić tylko raz jeden na kilka minut przed rękoczynem.

Do operacyj tych zaliczam rozcinanie błonki zaćmy wtórorzędnéj, jakoteż irydotomije, które udają się tém lepiéj, gdy napięcie śródoczne nie jest obniżoném.

W obu operacyjach chodzi nam o to, ażeby po zrobieniu otworu w źrenicy ciało szklane parte ciśnieniem śródocznem wciskając się w otwór, takowy rozszerzyło i rozszerzony utrzymywało. Nie osiągniemy tego skutku nigdy, jeżeli przez kilkakrotne kokainizowanie już przed operacyją nastąpiło obniżenie ciśnienia śródocznego. W takich razach bowiem zdarzyć się może, iż po zrobieniu rozcięcia błony źrenicznéj i wyciągnięciu igły, ciecz przedniéj komórki wcale nie odpłynie, a obwód zrobiony znowu się zamknie lub zbyt małym pozostanie. Przy irydotomijach zaś w podobnych warunkach utworzona szpara z tych samych względów nie tylko nie rozszerza się, ale pokrywa się występującą krwią. Wystąpienie takie krwi bywa utrudnioném, gdy przy należytém ciśnieniu śródocznem ciało szklane zatyka otwór.

Podczas gdy zewnętrzne używanie kokainu nietylko w celach leczniczych ale przeważnie przy operacyjach doznało powszechnego zastósowania, to działanie znieczulające tego środka przy użyciu podskórném, podspojówkowém lub miąższowém za mało dotychczas zdaje się być cenioném. A jednak właśnie lekarz praktykujący, któremu dla braku należytéj asystencyi uśpienie chorego sprawia dużo trudu, nieraz znamienitą korzyść z kokainu w ten sposób używanego odnieść może. Lecz i klinicysta bardzo zajęty, pomijając tę okoliczność, iż unika niebezpieczeństwa, z jakiém uśpienie chorego jest połączone, już dla tego samego zwracać się powinien częściéj do miejscowego znieczulenia, ponieważ nie mało zyska przez to na czasie. Komuż bo z nas nie wiadomo, ile czasu wymaga niekiedy zastósowanie chloroformu lub eteru w celu uśpienia chorego i to nie rzadko tam właśnie, gdzie się najmniéj tego spodziewa. (Dok. nast.)

II. W sprawie techniki przy amputacyi podudzia.

Podał Prof. Dr. A. Obaliński.

W czasie, kiedy chirurgija zajmuje się tak wielkiemi zagadnieniami, jakiém jest operacyjne leczenie trzew zawartych w wielkich jamach ciała, chcieć mówić o technice najzwyklejszéj amputacyi, wydaje się być anachronizmem, a jednak w ostatnich kilku tygodniach ukazały się aż dwa doniesienia w niemieckich czasopismach lekarskich, mające na celu rozpowszechnienie metody, któraby chroniła od przebicia się brzegu kości przepiłowanéj przez części miękkie, osobliwie w przypadkach amputacyi podudzia. Dowodzi to najlepiéj, że sprawa ta była ważną i na czasie.

Każdy więcéj zatrudniony chirurg, a osobliwie ze starszych, którzy funkcyjonowali jeszcze przed rokiem 1874, t. j. przed rozpowszechnieniem się ogólném antyseptyki, przyzna mi, że obok stosunkowo wielkiéj śmiertelności przygnębiająco działała przy téj prostéj operacyi jeszcze ta okoliczność, że za często wydarzała się tak zwana stożkowatość kikuta *(conicitas)*, przez co rozumiano sterczenie kości przepiłowanéj, jużto uległéj częściowéj martwinie, jużto pokrytéj ziarniną, lecz w każdym razie będące przyczyną trudnego gojenia się a nawet zupełnego niegojenia się rany amputacyjnéj.

Antyseptyka zrobiła tutaj bardzo wiele zniżając tak znacznie odsetek śmiertelności, gdyż w przybliżeniu i z grubsza tylko biorąc zeszedł tenże z 30% na 3%; oprócz tego zapobiega ona flegmonom, martwinom kości, zgorzeli płatów itp. sprawom, prowadzącym w sprawie amputacyjnéj do tak zwanéj stożkowatości kikuta. Jednéj rzeczy tylko nie zdołała usunąć, a mianowicie mechanicznego przebijania się brzegu kości, pozostałego po odpiłowaniu, przez pokrywające go części miękkie, osobliwie tam, gdzie one są w cienkiéj tylko warstwie, jak to ma miejsce przy amputacyi w podudziu, a to tém

bardziej, że nie wszystkie amputacyje i pod wpływem antyseptyki goją się przez rychłozrost, osobliwie zaś w tych szpitalach, które nie odpowiadają zupełnie nowożytnym wymogom higijeny. W moim oddziale np. goi się około 70% *per primam*, reszta zaś tylko w jednéj części przez rychłozrost a częścią przez ropienie.

Skoro więc dotychczasowe metody nie mogą nas zabezpieczyć przed tym nieprzyjemnym przypadem, nic więc dziwnego, że starano się w ostatnich czasach o nowe metody, któreby i w tym kierunku wymogom zadosyć uczynić zdołały. Helferich z Gryfii omawia w 36 Nrze *Münchener med. Wochenschrift* metodę, którą on od kilku lat we wielu przypadkach wypróbował, a która na tém polega, że wycina się boczny płat z wewnętrznéj powierzchni saméj skóry podudzia i że chorego układa się na bok, żeby ten płat obwisał ku dołowi, co sprawia, że tenże płat opiera się na mięśniach w poprzek przeciętych a nie na kości.

O wiele dowcipniejszym i samodzielniejszym wydał mi się sposób podany przez Mosetiga w 45 Nrze *Wiener med. Presse*. Odsyłając ciekawego czytelnika do oryginału nadmienię tu tylko, że polega on na wykrojeniu dwóch płatów bocznych, z których zewnętrzny posiada podstawę, a zatém i obwód nieco większy niż wewnętrzny tak, że zeszywając je od dołu w równych odstępach pozostaje nam z większego w górze nad samą przepiłowaną piszczelą różnica, którą we fałdę poprzeczną układamy i w ten sposób nad samą krawędzią téjże kości zamiast napiętéj skóry pofałdowaną a więc łużnie leżącą część płatu otrzymujemy. Autor użył tego sposobu w pięciu przypadkach i otrzymał wypadki bardzo zadowalające.

Doznawszy niejednokrotnie niemiłych skutków owego przebijania się kości obmyśliłem sobie jeszcze przed dwoma laty sposób, którego dotąd w 33 przypadkach amputacyi podudzia, a następnie w 22 przypadkach amputacyi w innych miejscach, razem więc w 55 przypadkach ze świetnym skutkiem doświadczyłem, na któryto sposób, tak ze względu na jego dobre wyniki, jakoteż na jego prostotę w wykonaniu pozwalam sobie zwrócić uwagę szanownych kolegów zawodowych.

Wykrawam według zwykłych zasad chirurgii operacyjnéj dwa płaty boczne zupełnie równe wraz z mięśniami, każdy w kształcie litery U i zespajam je dwoma rzędami szwów, t. j. płytkowemi i węzełkowemi. W zastępstwie tych ostatnich może być użytym także szew kuśnierski. Najgłówniejszą rzeczą jest założenie szwu płytkowego górnego; ten bowiem ma zapobiegać przebijaniu się krawędzi kości przez skórę. W tym celu zakłada się go tak, żeby poprzeczny drut srebrny łączący obydwie płytki opierał się na kości, przez co części miękkie ponad kością składają się w rodzaj grzebienia ku górze i przodowi sterczącego, a tém samém uwolnione bywają od ucisku wynikającego z przegięcia tychże części przez krawędź kości.

Nie ulega kwestyi, że tego rodzaju szew mógłby być zastósowanym także w metodzie kolistéj dwuczasowéj lub z rękawkiem, wytwarzając nim po prostu fałdę w częściach miękkich tuż ponad kością piszczelową położonych, lecz według mego doświadczenia zdają się płaty mięsne przez swą grubość i jędrność zapobiegać z jednéj strony zsuwaniu się tego szwu przed kość a z drugiéj wytwarzaniu się przestrzeni martwych. Jeżeli w ogóle ważną jest rzeczą utrafić naprężenie drutu przy zakładaniu szwów płytkowych, to dotycze to szwu w mowie będącego jeszcze w wyższym stopniu. Miary nabywa się przez doświadczenie i wprawę; teoretycznie tylko tyle powiedzieć mogę, że należy wystrzegać się za mocnego ściskania płytkami części miękkich.

Z powodu układania się części miękkich ponad i przed kością na wzór grzebienia koguciego nazwałem metodę moją metodą grzebieniową. Po zagojeniu się rany wygładza się ów grzebień w zupełności, a w ten sposób otrzymany kikut amputacyjny przedstawia się o wiele piękniéj niż kikuty po dawniejszych metodach.

Która z tych dopiero co omówionych metod największą wyrobi sobie wziętość w praktyce, to rozstrzygnie dopiero przyszłość i poparcie ze strony kolegów fachowych. Ja z méj strony nie bardzo przemawiałbym za metodą Helfericha raz dla tego, że pojedynczy, a więc długi, płat z saméj skóry o wiele rychléj mógłby uledz zgorzeli w danym razie, niż dwa krótkie a grube płaty mięsne, powtóre zaś, że nie każdy chory dałby się nakłonić do leżenia na bok po amputacyi. Metoda Mosetiga wydaje mi się o wiele ponętniejszą i postanowiłem nawet wypróbować ją w najbliższych przypadkach.

Na zakończenie zwracam się z prośbą do kolegów zawodowych, aby w swych doświadczeniach i o mojéj metodzie pamiętać raczyli.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

V. Pozostaje nam jeszcze rozpatrzeć kwestyję utworzenia sztucznéj przetoki pęcherzykowo-kiszkowéj, czyli t. z. cholecystenterostomii. Ile razy mamy do czynienia z niedrożnością przewodu żółciowego wspólnego, tyle razy mamy przedewszystkiém obowiązek usunąć groźne objawy cholemii, którą zatkanie to niechybnie za sobą wiedzie i któryto cel za pomocą cholecystotomii osiągnąć się daje. Prócz tego jednak istnieje i inne ważne wskazanie, a mianowicie usunięcie przeszkody sprawiającéj niedrożność wspólnego żółciowego przewodu, aby zaradzić niemiłym przypadom stałéj przetoce towarzyszącym, a od wstrzymanego dostępu żółci do kanału pokarmowego zależnym. Rozbiór fizyjologicznego wpływu żółci na sprawę trawienia nie leży wcale w zakresie naszego zadania, powiem więc tylko, że mimo licznych prac dawniejszych i współczesnych kwestyja ta nie jest jeszcze w sposób rozstrzygający określona. Rohman [1]) np. utrzymuje, że główny wpływ żółci na czynność trawienia zależny jest od jéj przeciwgniluych własności. Przy zupełnym braku żółci, mimo znanego jéj wpływu na ułatwienie wessania się tłuszczów, trawienie może się jeszcze odbywać względnie prawidłowo, ale najmniejsze zboczenia patologiczne nabierają szczególnéj wagi ze względu na nieprawidłową fermentacyję, rozwijającą się nadzwyczaj łatwo przy braku żółci. Winiwarter utrzymuje, że żółć wywołuje robaczkowy ruch kiszek, a jéj nieobecność wpływając na zwolnienie trawienia czyni je niezupełném. Według Harleya w tych nawet przypadkach, w których brak żółci najlepiéj

[1]) *Rohman. Pflügers Archiv Bd. XXIX* Cyt. u Denucégo p. 132.

bywa znoszonym, wiedzie on jednak za sobą zaparcie stolca, stałe wzdęcie brzucha i cuchnący rozkład kału, któreto objawy po części i u naszéj choréj spostrzegaliśmy. To też Harley, aby przypadom tym zapobiedz, zaleca w obec przetoki żółciowéj używanie żółci świńskiéj w kapsułkach, a Nussbaum, który zauważył, że u psów liżących przetokę żółciową upadek odżywiania i wyniszczenie ogólne rozwija się bardzo powoli, radzi w tych przypadkach zbieranie wydzielanéj przez przetokę żółci i używanie jéj przez usta. Jeśli nadto weźmiemy na uwagę, że przetoka żółciowa, gdyby ją nawet bez szkody ustrój mógł znosić, stanowi zawsze dla chorego niemiłe kalectwo, to zrozumiemy, że usunięcie jéj, a względnie usunięcie przeszkody, ktora ją podtrzymuje, jest dla chorego kwestyją pierwszéj wagi. Przeszkoda ta może być trojakiéj natury, a mianowicie zależeć może od obecności ciała obcego (wzgl. najczęściéj kamienia), od zwężenia w skutek nacieczenia nowotworowego i od zwężenia bliznowatego. Usunięcie téj przeszkody po dziś dzień możliwe jest jedynie, jeśli mamy do czynienia z ciałem obcém uwięźniętém w *ductus choledochus*. Ciałem takiém bywa najczęściéj kamień żółciowy, wszystkie bowiem ciała obce w przewodzie żółciowym wspólnym napotykane, jak np. pasorzyty z rodzajów: *echinococcus, distoma hepaticum, distoma lanceolatum, Bilharzia haematobia*, (*Frerichs*), lub pestki owocowe (*Saunders*), stanowią kazuistyczne osobliwości. Otóż dla usunięcia téj najprostszéj przyczyny zatkania przewodu żółciowego wspólnego próbowano dotąd najrozmaitszych środków. Najprostszym z nich jest usiłowane uruchomienie kamienia znalezionego podczas badania *ductus choledochus* przez lekki nacisk wywarty z zewnątrz na ściany żółciowego przewodu, co kilku chirurgów uskuteczniło z powodzeniem. Langemu udało się kamień taki wepchnąć napowrót do pęcherzyka żółciowego, zkąd go z łatwością na zewnątrz wydostał. Parkes, o którym już wyżéj wspominałem, wykonał po raz drugi laparotomiję i pod osłoną palców za pomocą elastycznéj świeczki wprowadzony od wnętrza pęcherzyka przepchnął kamień do dwunastnicy. Lawson Tait [1]) po zrobieniu laparotomii za pomocą kleszczyków oblеczonych w miękką powłoczkę skruszył kamień przez ścianki samego przewodu, a odłamki jego z łatwością potém do dwunastnicy przesunąć się dały. Nakoniec Langenbuch proponuje nacięcie ścian przewodu żółciowego, wydobycie kamienia i zamknięcie otworu w przewodzie żółciowym przez nałożenie szwu. Pomysł ten zresztą, o ile mi wiadomo, po dziś dzień wykonawcy nie znalazł. Wszystkie te usiłowania, jakkolwiek racyjonalne, narażają jednak chorych na poważne niebezpieczeństwa i dla tego sądzę, że chirurg o tyle jest w prawie do nich się uciec, o ile istniejąca przetoka widoczny ujemny wpływ na zdrowie chorego wywierając do ogólnego upadku odżywiania prowadzić się zdaje. Dla tego też w naszym przypadku nie czułem się upoważnionym do stósowania któregokolwiek z tych środków, pomimo że chora uporczywie się upominała o powtórną operacyję, któraby ją z przetoki wyleczyć mogła.

Istnieje jednak inna droga, na któréj, omijając przewód żółciowy wspólny, możemy jednak osiągnąć niemal prawidłowe przedostawanie się żółci do kanału pokarmowego. Chcę mówić o przetokach pęcherzykowo-kiszkowych. Drogę tę wskazała nam przyroda sama, zdawna bowiem znane są spostrzeżenia dotyczące przypadków, w których, przy stałéj niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, pęcherzyk w skutek zapalenia zlepnego przyrastał do sąsiadującéj z nim pętli kiszki cienkiéj, a w następstwie wytwarzała się w tém miejscu przetoka, przez którą stale żółć do kiszek cienkich się wlewała. Gastonowi [1]), który dwa razy znalazł na trupie połączenie między kiszką cienką i pęcherzykiem żółciowym, udało się nawet stan taki rozpoznać za życia chorego. Pierwszym, który teoretycznie uznał za możliwe i odpowiednie przetokę taką wytworzyć sztucznie u człowieka, był Nussbaum, jedynym zaś, który myśl tę do dziś dnia w wykonanie wprowadził, jest Winiwarter [2]). Operacyja ta może znaleźć zastósowanie bądź w tych przypadkach, w których uwięźnięty w *ductus choledochus* kamień całe światło jego zatyka, a nadto tak jest w nim zaklinowany, że o poruszeniu go z miejsca mowy być nie może, bądź też tam, gdzie przyczyną niedrożności przewodu żółciowego wspólnego jest zwężenie bliznowate po sprawach zapalnych pozostałe, jak to właśnie miało miejsce w przypadku Winiwartera. Tam gdzie przyczyną niedrożności okazałby się nowotwór bądź samego przewodu żółciowego wspólnego, bądź przechodzący nań następczo z sąsiednich narządów, tam, powtarzam, ograniczyć się bezwarunkowo należy do wykonania li tylko cholecystotomii celem zaradzenia groźnym objawom cholemii. Przypadek Winiwartera, jako nadzwyczaj ciekawy i w swoim rodzaju jedyny, w streszczeniu tu przytaczam. U chorego, który przed kilku tygodniami przebywał zap. okątnicze, wystąpiły nagle objawy niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Winiwarter robił mu naprzód w ciągu dwóch tygodni czterokrotne przekłócie pęcherzyka żółciowego trójgrańcem, przyczém otrzymywał do 6ciu litrów żółci za każdym razem, ale zawsze potém pęcherzyk napełniał się bardzo szybko. Przystąpił więc w miesiąc po ostatniéj punkcyi do operacyi radykalnéj. W tym celu otworzył otrzewnę na największéj wypukłości pęcherzyka, *in linea mammaria dextra* i umocował w ranie pęcherzyk żółciowy wraz z przylegającą doń częścią poprzecznicy. Opatrunek Listera. W 4 dni późniéj, gdy i pęcherzyk i poprzecznica do ściany brzusznéj przyrosły wbił troakar w jamę pęcherzyka, a ztamtąd pod osłoną palców wprowadził go do poprzecznicy. Troakar pozostawił w miejscu przez dni 8. Po wyjęciu troakaru powstała przetoka żółciowa. Żółtaczka się zmniejsza, stolce ciągle bezbarwne. W 2 tygodnie późniéj trzecia operacyja: pęcherzyk szeroko rozcięty przez przyrośniętą doń ścianę poprzecznicy, troakar znowu do jéj światła wbity, pozostawiony na dni kilka w miejscu. Skutku żadnego. Chora szybko chudnie i na siłach upada. W $3\frac{1}{2}$ miesiąca późniéj czwarta operacyja: Jama otrzewny otwarta cięciem 8 cm. długiém, pęcherzyk zeszyty z najbliższą pętlą kiszki cienkiéj, za pomocą wieńca szwów, w środku którego zrobiono nacięcie nożem wprowadzonym od strony pęcherzyka. Przez nacięcie to wnętrze pęcherzyka łączy się ze światłem kiszki cienkiéj. Do kiszki wprowadzony przez pęcherzyk gruby dren, który dopiero na 8my dzień wyjęto. Skutek operacyi częściowy, t. j. nieco żółci przechodzi do kiszki, ale o wiele znaczniejsza jéj część wypływa przez przetokę na zewnątrz. Chory ciągle niszczeje. 5ta operacyja w $1\frac{1}{2}$ miesiąca późniéj: zamknięcie przetoki żółciowéj zewnętrznéj przez autoplastykę. Wytwarzają się

[1]) *British med. Journ.* 1884 July II. p. 67.

[1]) *Gaston. Abstract of a paper on a remedial operation suggested for cases of obstruction of the gall duct. The British med. Journal* 1885 r. I. p. 324. — [2]) *Prager medicinische Wochenschrift* 1882 Nr. 21 i 22

w następstwie dwie przetoki kałowe. 6ta operacyja w 10 miesięcy później: zeszycie obu przetok kałowych *(Enterorrhaphia duplex)*. Jedna z nich goi się odrazu, druga po licznych poprawkach w 5 miesięcy później. W rezultacie chory wyzdrowiał zupełnie. Cała kuracyja trwała blisko 2 lata, to też Denucé, zdając sprawę z tego spostrzeżenia, dodaje, że nie wie, co więcéj podziwiać należy: śmiałość i przedsiębiorczość chirurga, czy cierpliwość i wytrzymałość chorego. Winiwarter uznając sam różne ujemne strony opisanego przebiegu, nierozłączne z pierwszém wprowadzeniem w wykonanie tak trudnéj i zawiłéj operacyi, sposób postępowania na przyszłość w ten sposób kreśli: Cięcie w ścianie brzusznéj, wydobycie na zewnątz pęcherzyka żółciowego i najbliższéj do dwunastnicy pętli kiszki cienkiéj (sama dwunastnica jako zbyt mało ruchoma jest do tego nieodpowiednia); zeszycie kiszki z pęcherzykiem żółciowym za pośrednictwem szeregu szwów Lemberta ograniczających kolistą przestrzeń, mającą 3 cm. w obwodzie, przytwierdzenie obu wszytych trzew kilku szwami do rany brzusznéj; opatrunek z gazy jodoformowéj. Po 5ciu lub 6ciu dniach druga część operacyi, t. j. utworzenie saméj przetoki. W tym celu ścian pęcherzyka otwierać nie należy, aby przetoki żółciowéj uniknąć; cięcie ma być zrobione w pętli przyszytéj kiszki, w kierunku podłużnéj jéj osi. Następnie wprowadza się tampon do światła kiszki i od jéj wnętrza z łatwością nacina się zrośnięte już ze sobą surowiczemi powierzchniami części pęcherzyka żółciowego i kiszki cienkiéj. Po wyjęciu tamponu szew Lemberta na otwór w pętli kiszkowéj. Nakoniec szew ściany brzusznéj.

Harley stara się osiągnąć ten sam cel na innéj drodze [1]). Proponuje on, aby na części kiszki i pęcherzyka żółciowego, które zamierzamy ze sobą zeszyć, nałożyć nieco żżeradła wied., otoczyć te części wieńcem szwów i opuściwszy je do jamy otrzewnej, zamknąć ranę w ścianie brzusznéj. W ten sposób zrost i przetokę otrzymalibyśmy odrazu. Parę doświadczeń na zwierzętach pomyślne dać miało wyniki; wątpię jednak, czy znajdzie się chirurg, któryby się zdecydował na wprowadzenie do jamy otrzewnéj pewnéj ilości żrącego środka. Zapewne ma się on wydzielić przez przewód pokarmowy, ale któż może przewidzieć, gdzie się strup zgorzelinowy wywołany działaniem leku ograniczy, kto zaręczyć zdoła, że zanim się do kanału pokarmowego dostanie, żrące działanie swoje w zupełności utraci?

Tak samo więcéj teoretyczny przedstawiają interes dwie propozycyje Gastona, o których tylko dla uzupełnienia obrazu wspominam [2]). Radzi on po otwarciu pęcherzyka żółciowego starać się przedewszystkiém o przeprowadzenie zgłębnika przez przewód pęcherzykowy i żółciowy wspólny do dwunastnicy, w razie zaś, gdyby się to nie dało uskutecznić, każe siłą przepchnąć zakrzywiony troakar przez ściany przewodu żółciowego wspólnego i sąsiedniéj pętli kiszki do jéj wnętrza i tam pozostawić go przez kilka dni dla otrzymania zrostów i przetoki. Sposób ten o tyle śmiały, o ile nieracyjonalny, nielitościwie wyśmiany został przez Lawsona Taita. Drugi sposób Gastona polegać ma na tém, że po otwarciu jamy brzusznéj przeprowadza się mocną ligaturę elastyczną przez ścianę pęcherzyka żółciowego i leżącéj obok niéj pętli kiszki, poczém związuje się ją silnie na zewnętrznéj powierzchni tak zbliżonych trzew. Złączone ze sobą części pęcherzyka żółciowego i cienkiego jelita obszywa się naokoło kolistym rzędem szwów Lemberta i opuszcza się wszystko razem swobodnie do jamy otrzewnéj. Ligatura elastyczna, przeciąwszy przez ciągły ucisk zbliżone do siebie powierzchnie pęcherzyka żółciowego i cienkiego jelita wpaść powinna do światła kiszki, torując drogę kędy żółć do wnętrza jelita dostawać się będzie. Na poparcie tego projektu Gaston przytacza pięć doświadczeń dokonanych przez siebie na psach. Wyniki ich jednak nie są wcale zachęcające, jedno bowiem zwierzę użyte do doświadczeń uciekło i nie wiadomo, co się z niém stało, dwoje umarło w skutek zapalenia otrzewny, a u dwojga doświadczenie nie dało żadnego pewnego wyniku, bo elastyczna ligatura nie przecięła przewiązanych ścianek jelita i pęcherzyka. To też żaden z pomysłów Gastona po dziś dzień zastósowany nie został. Widzimy więc z tego, co poprzedza, że ze wszystkich metoda Winiwartera zdaje się mieć przed sobą największą przyszłość. Oddając jednak należną sprawiedliwość śmiałości, pomysłowości i cierpliwości chirurga, nie można się zgodzić ze zdaniem Witzla [1]), który w niéj widzi możliwy kres doskonałości, jaki chirurgija dróg żółciowych dosięgnąć jest w stanie. Przeciwnie, opierając się na tém, co w téj mierze dotychczas w ogóle zrobiono, a przedewszystkiém na udoskonaleniach, jakie ostatnie lata w téj dziedzinie wiedzy lekarskiéj przyniosły, wolno nam jest raczéj wnosić, że pole czynnéj działalności chirurga w obec cierpień dróg żółciowych ciągle wzrastać będzie. Przedewszystkiém mam tu na myśli dwa nietknięte dotąd nożem chirurga działy, a mianowicie nowotwory i rany pęcherzyka żółciowego. (Dok. nast.)

¹) *Harley. Diseases of the liver.* (Denucé l. c. p. 137).
²) *Gaston-Gaillards med. Journ. October* 1884.

¹) *Witzel. Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1884—5 p. 155—200.

IV. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Pod wielu względami od poprzednich różni się przypadek następujący:

3) Hütner Franciszek, lat 52, szewc. Po krótkim pobycie w tutejszym szpitalu zmarł d. 7 listopada 1886. Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis peritonei et intestinorum.*

Wynik sekcyi wykonanéj dnia 8/9 1886 (Kilcher) był w skróceniu następujący:

Zwłoki mężczyzny miernego wzrostu, silnéj budowy kośćca, złego odżywienia. Skóra bladożółta, żółtaczka zwłaszcza na twarzy i piersiach, jakotéż dostrzegalnych błonach śluzowych wybitna. Opona twarda żółtawa, tkanka mózgowa niedokrewna, komórki boczne nieco rozszerzone, wyściółka ich nierówna, ziarnisto zgrubiała. Tkanka podskórna skąpo tłuszczem przerosła. Przepona w prawo pod 5tém, w lewo pod 6tém żebrem. Miąższ płuc w tylnych i dolnych częściach przekrwiony, zresztą znacznie obrzękły. Serce prawidłowéj wielkości, mięsień jego wiotki, barwy brunatnoczerwonawéj. Komórki prawidłowo szerokie, zastawki cienkie, żółtawe, domykalne. Położenie trzew brzusznych normalne. W jamie

otrzewnowéj około 200 grm. żółtawéj surowiczéj cieczy. Wątroba wypełnia w całości prawe podżebrze, na lewo sięga do granicy żeber i chrząstek, w górę do 5go żebra. Jest ona zwiększona, waży 2600 grm. Powierzchnia delikatnie ziarnista, na brzegu przednim tępym guzki są nieco większe od główki szpilki aż do wielkości siemienia. Błona surowicza cienka, ku tyłowi nieco zgrubiała, z przeponą zrosła. Na dolnéj powierzchni płatu prawego spotykamy także ziarnistość, na płacie lewym gładkim znajduje się ze spodu kilka poprzecznych płytkich brózd. Na przekroju miąższu jest barwy żółtoikterycznéj, konsystencyja zwiększona, rysunek zrazików zmieniony w ten sposób, że między niemi przebiegają krótkie ale dosyć szerokie pasma bladoróżowawe łącznotkankowe. Z przekroju daje się zeskrobać ciecz gęsta, żółtawa jak tłuszcz połyskująca. Najzbitszy jest płat lewy i przednia część płatu prawego. W okolicy tylnego brzegu miąższ jest znacznie miększy, a owe pasma łącznotkankowe mniéj wyraźne. Woreczek żółciowy nieco rozszerzony, ściany jego zgrubiałe, żółć rzadka, jasnożółta. Śledziona zwiększona (16—11—4 cm.), torebka napięta, nieco zgrubiała, na przekroju barwy ciemnowiśniowéj, miąższ dosyć zbity, miazga miernie obfita, podścielisko silniéj rozwinięte. Nerki wielkości normalnéj, powierzchnia gładka, na przekroju miąższ ciemnobrunatny, kruchy, kora nieco zwężona, koło miedniczek mierna ilość tłuszczu. Błona śluzowa żołądka blada, lekko zgrubiała, w części odźwiernikowéj nastrzyknięta. Pęcherz moczowy miernie rozszerzony, błona śluzowa żółtawa. Błona śluzowa kiszki cienkiéj nieco obrzmiała, biernie przekrwiona, podobnie w kiszce grubéj.

Wynik badania mikroskopowego wątroby: W całym organie miąższ przedstawia przemianę tłuszczową wysokiego stopnia. We wszystkich prawie komórkach wątrobowych pierwoszcze w całości lub w większéj części zastąpione tłuszczem. Preparaty przypominają na pierwszy rzut oka utkanie lipomatyczne, mianowicie siatkę, któréj oczka są okrągłe i większe, niżby to jednéj komorce wątrobowéj odpowiadało. Oczka te na preparatach stwardniałych w spirytusie są próżne, na świeżych lub stwardniałych w rozczynie Müllera przedstawiają się jako kulki tłuszczowe. Zwykle na obwodzie tak zmienionéj komórki wątrobowéj znajduje się jądro przypłaszczone nieco lub zupełnie okrągłe, niekiedy koło niego sierpowata resztka pierwoszcza. W niektórych miejscach owe okrągłe przestwory tłuszczowe spłynęły z sobą w większe, mniéj regularne, jak to jeszcze widać z resztek przegródek znajdujących się na obwodzie. W miejscach, gdzie 3 i więcéj takich oczek graniczy z sobą, znajduje się jedna lub więcéj komórek wątrobowych, których pierwoszcze zachowane wypełnia ów przestwór pozostały między kuleczkami tłuszczu. Jądra takich komórek uciśniętych ze wszystkich stron komórkami tłuszczowemi są zwykle wielkości normalnéj, ale ilość pierwoszcza zmniejszona, mniéj się barwiąca, grubiéj ziarnista niż pierwoszcze prawidłowe. W tém pierwoszczu zanikłém znajdują się zwykle liczne jasnobrunatne ziarnka barwika, a granice takich komórek zanikłych zwykle niewidoczne.

Najważniejszemi są zmiany w przestworach międzyzrazikowych, są one znacznie wszędzie porozszerzane, a składają się z młodéj tkanki łącznéj z bardzo licznemi pseudokanalikami. Na bł. wewnętrznéj ścian naczyń krwionośnych i na przewodach żółciowych nie widać zmian żadnych. Błona dodatkowa naczyń spływa bez wyraźniejszéj granicy z otaczającą tkanką łączną. Kształt tych przestworów międzyzrazikowych jest różnym, rzadko okrągławy lub wieloboczny z tępemi kątami, najczęściéj wysyłają one wypustki względnie grube i tępo się kończące do otaczającego miąższu. Wypustki te tylko niekiedy komunikują z takiemiż wypustkami z innych przestworów międzyzrazikowych. Pseudokanaliki stanowią główny składnik przestworów. Jeśli zachodzi w ogóle jakaś różnica w ich ilościowém rozmieszczeniu, to tylko ta, że najwięcéj znajduje się ich w obwodowych częściach przestworów i w ich wypustkach. Te pseudokanaliki nie różnią się niczém od opisanych w poprzednich przypadkach. O pochodzeniu ich poucza nas w sposób jasny granica między miąższem tłuszczowo przemienionym a owemi wyspami młodéj tkanki łącznéj. Granica ta nigdzie nie jest ostrą. Już w samym miąższu przytykającym do rozszerzonego przestworu międzyzrazikowego uderza nas jedna okoliczność, mianowicie ilość jąder odpowiadających komórkom wątrobowym, uciśnionym przez otaczające komórki tłuszczowe, jest większą niż zdala od granicy. Często spotkać tu można komórki wątrobowe wypełnione w jednéj mniejszéj lub większéj połowie tłuszczem (jedną kroplą), resztę zaś komórki zajmuje pierwoszcze z 2—3 i więcéj jądrami. Skoro tylko komórki wątrobowe znajdą się między dwiema delikatnemi wypustkami łącznotkankowemi, zaraz widzimy na nich te objawy odbytéj proliferacyi. Na saméj granicy widzimy już w pochewkach łącznotkankowych większe zwitki komórek przybłonkowych, wspólniczące z pseudokanalikami i owemi komórkami, z których część wypełniona jest tłuszczem, a druga pierwoszczem z wielu jądrami. Granica między pojedynczemi masami protoplasmatycznemi zwykle zatarta, niekiedy tylko udaje się odkryć między niemi wąziutkie szpary lub szarawe, niekiedy wieloboczne linijki, jako granice tych komórek przybłonkowych. Rzadko tylko wśród takiéj grupy komórek, jeśli ta jest okrągławą, można zauważyć pewien rodzaj światła, które albo jest zupełnie próżne, albo zawiera niedający się bliżéj oznaczyć bezbarwny *detritus*. I wśród głębszych warstw zrazików można zauważyć mniejsze okrągławe ogniska zapalne, które niczém się nie różnią od przestworów międzyzrazikowych; są one jednak rzadkie i mniejsze, ograniczone niekiedy tylko do małéj grupy komórek wątrobowych. W tychto mniejszych ogniskach zapalnych można z całą dokładnością widzieć ową przemianę komórek wątrobowych w małe komórki przybłonkowe o wielkich jądrach okrągłych, niekiedy owalnych. Rozgałęzienia żył wątrobowych są zwykle bez żadnych zmian. Gdzieniegdzie tylko w otoczeniu drobniejszych tych naczyń zauważyć można nieznaczne bujanie bł. dodatkowéj do otaczającego miąższu i przemianę komórek wątrobowych w małe, krótkie pseudokanaliki.

Pierwsze i najważniejsze pytanie, jakie nasuwa się po opisaniu powyższych trzech przypadków, jest, czy jesteśmy w ogóle uprawnieni do zaliczania tych przypadków do t. z. marskości zanikowéj. Co do pierwszych dwóch przypadków, to tak badanie mikroskopowe, jakoteż wielkość organu (zwiększenie tegoż) odróżniają dostatecznie te przypadki od marskości zanikowéj Laënneca. Co do trzeciego przypadku, to zwiększenie wątroby w znacznéj części trzeba odnieść do rozległego nacieku tłuszczowego miąższu. Bujanie tkanki łącznéj w pierwszym przypadku było tak około- jakoteż śródzrazikowe, w drugim przypadku miejscami przeważnie międzyzrazikowe, w innych miejscach także śródzrazikowe, wreszcie w 3cim przypadku bujanie śródzrazikowe było widoczném, tylko w niewielkiéj liczbie gron i to tylko na miejscach ogra-

niczonych. Charakterystycznem było zachowanie się miąższu w obec nowowytwarzającéj się tkanki łącznéj. Pod tym względem zachodzi między powyższemi trzema przypadkami a marskością zanikową zasadnicza różnica. Niemniejsza różnica zachodzi pod względem własności histologicznych nowopowstałéj tkanki łącznéj wśród- i międzyzrazikowéj. Wreszcie granica między zachowanym miąższem a tkanką łączną pod względem swych składników przedstawia się tu zupełnie inaczéj, niż w marskości zanikowéj. W tychto różnicach, ponieważ innych nie znalazłem, muszę widzieć główną przyczynę zwiększenia się organu w moich 2 pierwszych przypadkach. Trzeci przypadek zaliczam także tutaj ze względu na równe własności nowowytworzonéj tkanki łącznéj i granicy między zachowanym ale tłuszczowo nacieklym miąższem a tkanką łączną.

W pierwszym przypadku upostaciowanie zrazików i poszczególnych beleczek wątrobowych w skutek zmian zapalnych śródzrazikowych było zmienione, wielkość zrazików nieco zmniejszoną, ale beleczki wątrobowe, jakkolwiek pooddzielane od siebie nowowytworzoną tkanką łączną, składały się z komórek wątrobowych, których własności były zupełnie prawidłowe, powierzchowne zaś warstwy zrazików były zastąpione tkanką łączną, która zawierała ogromne mnóstwo pseudokanalików. Inaczéj rzecz się ma z marskością zanikową. Tutaj rozległość, różne stopnie i formy przemian wstecznych zachowanego miąższu wątrobowego są zjawiskiem zwyczajném. Podobnie rzecz się miała w drugim przypadku, tylko z tą różnicą, że tu znajdowały się większe wyspy zachowanego miąższu, w którym upostaciowanie beleczek wątrobowych było zupełnie prawidłowe, a komórki wątrobowe leżące w sąsiedztwie tkanki łącznéj okazywały nawet objawy proliferacyjne.

Co do rozmieszczenia tkanki łącznéj przypadek pierwszy różni się najzupełniéj od marskości zanikowéj. W téj ostatniéj nigdy nie przychodzi do tak rozlanego nowotworzenia tkanki łącznéj wzdłuż wszystkich naczyń śródzrazikowych. Przypadek drugi pod tym względem nie wiele i to tylko miejscami różnił się od zwyczajnéj marskości zanikowéj. Bujanie tkanki łącznéj było tu jedno- i wielozrazikowe, a śródzrazikowe częstsze i rozleglejsze niż w marskości zanikowéj. W przypadku 3 tkanka łączna miała dążność do wytworzenia pierścieni jednozrazikowych.

Nowowytworzona tkanka łączna w powyższych 3 przypadkach zastępująca zanikający miąższ wątrobowy zawierała zwłaszcza ku granicy miąższu tak znaczną ilość pseudokanalików, że co do ilości te ostatnie przeważały nad elementami łącznotkankowemi. Tkanka łączna stanowiła tu delikatną siatkę lub dołki, w których mieściły się szeregi komórek przybłonkowych, tworzące t. zw. pseudokanaliki. Inaczéj zupełnie wygląda tkanka łączna w marskości zanikowéj, jest ona zbitą i składa się z pierścieni łącznotkankowych spółśrodkowo okalających wyspy miąższu wątrobowego, zawiera w częściach środkowych zawsze tylko jądra wrzecionowate, a żadnych okrągłych lab tylko nieznaczną ilość, tylko w obwodowych częściach, jeżli sprawa nie jest jeszcze ukończoną, przeważają jądra komórek limfoidalnych. W téj tkance zbitéj znajdują się wprawdzie pseudokanaliki i odsznurowane komórki wątrobowe, ale jak pierwszych jest bardzo mało, tak ostatnie okazują prawie zawsze różne stopnie zaniku, począwszy od lekkiego zwyrodnienia tłuszczowego lub prostego zaniku aż do zupełnego zaniku komórki wątrobowéj, z któréj tylko grupy ziarnistego barwika pozostały. Zbita tkanka łączna w marskości zanikowéj musi bez wątpienia mniéj miejsca zajmować niż dawniéj na jéj miejscu istniejący miąższ wątrobowy, a nadto tkanka ta, organizując się w coraz zbitszą, musi się kurczyć. To nam czyni łatwém zrozumienie, dla czego w marskości zanikowéj organ stopniowo zmniejszać się musi. Zupełnie inaczéj ma się rzecz w moich 3ch przypadkach. I tu pewna część miąższu normalnego zanikła, na jego miejscu jednak wytworzyła się tkanka łączna z licznemi przestworami, w których umieszczone były pseudokanaliki. Owe przestwory wolne wypełnione komórkami przybłonkowemi nie są niczém innem jak istniejącemi już dawniéj w zraziku mieszkami komórek wątrobowych. Mam tu na myśli ową przestrzeń pomiędzy naczyniami włosowemi, w któréj się w fizyjologicznych stosunkach mieszczą komórki wątrobowe. Te przestrzenie istnieją daléj, a wypełnione są, zamiast komórkami wątrobowemi, pseudokanalikami. Do istniejącego miąższu wątrobowego tak przemienionego w kanaliki przybyła tkanka łączna; organ musi się zwiększać bez względu na to, czy proces zapalny odbywa się w sposób rozlany po całym miąższu, czy téż tylko w pewnych jego częściach. Że w pierwszym razie zwiększenie organu będzie znaczniejsze niż w drugim, rozumie się samo przez się, jeżli inne okoliczności są równe. Zgadzam się na zdanie Ackermanna, że ilość pseudokanalików w różnych przypadkach marskości jest różną; ta rozmaitość jednak trzyma się pewnych granic w marskości zanikowéj, granicy téj nie ma w moich powyższych trzech przypadkach i jak w tych tak téż i w przypadku przez Ackermanna opisanym ilość pseudokanalików jest tak wielką, jakiéj nie napotykamy ani w przybliżeniu w marskości zanikowéj. Moment ten zatém jako mający wpływ na objętość wątroby uważać musimy jako decydujący. I nowopowstająca tkanka łączna w marskości przerostowéj zastosowuje się do tych przemienionych beleczek wątrobowych, między nią a komórkami przybłonkowemi znajduje się wolny przestwór (prawdopodobnie limfatyczny), tak, że o jakimś ucisku tych pseudokanalików mowy być nie może, chociaż otaczająca tkanka łączna jest już zorganizowaną. W całym w ogóle procesie zapalnym w marskości przerostowéj uderzającą i charakterystyczną jest ta równowaga, jaka zachodzi z jednéj strony między zmianami zapalno-nowotwórczemi w tkance łącznéj okołobramnéj a objawami proliferacyjnemi graniczącego miąższu wątrobowego. Téj równowagi nie znajdujemy w obrazach marskości zanikowéj. Na czynność twórczą tkanki łącznéj miąższ odpowiada tu tylko zmianami wstecznemi; znikający miąższ zastąpionym tu bywa kurczącą się tkanką łączną, podczas gdy w marskości przerostowéj tkanką łączną i embryjonalnym miąższem wątrobowym. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

G e o r g i (Drezno): **Niedokrewność złośliwa postępowa a kamyki żółciowe.**

Przypadek spostrzegany przez G. ma być dalszém utwierdzeniem klinicystów w zdaniu, że niedokrewność złośliwa postępowa nie jest chorobą samodzielną, lecz że ją może wywołać wiele przyczyn. Słusznie powiedział Eisenlohr (*Arch. f. klin. Med.*, 1877) jeszcze przed dziesięciu laty, że z czasem przekonamy się o nieistnieniu téj choroby, ma ona być tylko objawem choroby ogólnéj, dotychczas nieznanéj. W ostatnich latach opisano rzeczywiście kilkanaście przypadków niedokrewności złośliwéj, któréj przyczyna bywała

rozmaitą. Raz okazało się przyczyną jéj nieregularne i nienależyte odżywienie, innym razem nadmierna praca, choroby połogowe, przewlekłe zatrucie wyskokiem, obfite i częste krwotoki, długotrwałe choroby ciężkie zakaźne, przewlekłe nieżyty żołądkowo-dwunastnicowe z przejściem w zanik; Klebs i Frankenhäuser opisali pasorzyty (*cercomonas globulus* i *navicula*) jako wywołujące ją, inni podejrzywali o to *anchylostomum duodenale* i brózdogłowca (*botriocephalus*), a wreszcie Fröhner utrzymuje, że jest ona chorobą zakaźną, któréj pasorzyta chorobotwórczego nie znamy. W przypadku swoim podejrzywa G. wątrobę, że miała być punktem wyjścia choroby. Kamyki żółciowe, na które chory cierpiał od dłuższego czasu, wywołały przewlekłą zmianę w utkaniu i czynności wątroby; kwasy żółciowe, działające rozpuszczająco na krew, sprowadziły hemoglobinemiję i niszczyły ją, posuwając w ten sposób coraz daléj niedokrewność. Niedokrewność musiała się zwiększać, bo wciąż tworzyły się nowe kamyki żółciowe i zastój żółci zostawał taki sam. Tém, że w przypadku jego ciągły zastój żółci się utrzymywał, tłumaczy G., dla czego nie w każdym przypadku kamyków żółciowych rozwija się niedokrewność złośliwa; utwierdza go w jego zdaniu przypadek opisany przez Littena, w którym kamyki żółciowe i następowy zastój żółci ciężkie sprowadziły zmiany we krwi i sekcyja własnego chorego, która nie dozwoliła przypuszczenia innéj podstawy choroby. (*Berliner klinische Wochensch.* 1887, Nr. 44 i 45). *H. K.*

Prof. Ebstein: **O nowéj chorobie zakaźnéj: dur powrotny przewlekły.**

W Nrze 36 Przegl. Lek. podano sprawozdanie z pracy prof. E. o téj nowéj chorobie zakaźnéj. Opierając się głównie na torze i dziwnym przebiegu gorączki i na staréj zasadzie *a potiori fit denominatio*, obrał dla niéj autor nazwę „duru powrotnego przewlekłego“, którą, mimo że sekcyja wykazała niespodziewane zmiany, zatrzymuje i broni mimo odmiennego zdania Pela. Chory, którego E. obserwował przeszło rok, umarł wśród objawów charłactwa w sierpniu. Sekcyja wykazała na opłucny płuc liczne guzki i guzy, różnéj wielkości, gruczoły oskrzelowe powiększone, na przekroju okazujące miejsca gwiazdkowate, żółtawe, nekrotyczne; te same zmiany okazywały gruczoły limfatyczne, wzdłuż stosu kręgowego ułożone, śledziona a w niektórych miejscach na przekroju i wątroba. Szpiku kostnego i mózgu ze względów zewnętrznych nie badano. Żadnych mikroorganizmów nie wykazano we krwi, ani gdzieindziéj w ustroju. Ze stanowiska anatomopatologicznego wypada przypadek ten zaliczyć do stosunkowo rzadkich przypadków *lymphoma malignum durum*. Mimo to E. zalicza przypadek swój do chorób zakaźnych, biorąc na pomoc przypadki o podobnym przebiegu opisane w ostatnich czasach przez angielskich klinicystów, a zaliczone przez nich do rodzaju białaczki rzekoméj zakaźnéj i tę okoliczność, że od czasu, jak ogłosił historyję choroby żyjącego jeszcze mechanika, ogłosił i Pel nowe trzy przypadki o podobnym przebiegu. Widocznem jest, zdaniem E., że choroba, którą przedtém znano tylko w Anglii, staje się na lądzie stałym częstszą; nie życzy téż E. ludzkości téj nowéj plagi, gdyby miała przybrać z czasem cechę nagminną, bo dotychczas okazały się w obec niéj wszystkie nasze leki bezskutecznemi. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Chirurgija.

Christmas-Dirckinck-Holmfeld: **Olejek terpentynowy jako środek przeciwgnilny.**

Prof. Grawitz i de Bary donieśli w jednéj z prac swoich, że można u psów wywołać ropienie przez wstrzyknięcie podskórne olejku terpentynowego nie wprowadzając z nim mikrobów i że otrzymywali z jadu ropnego (*Micrococcus prodigiosus*) wyciąg, który aczkolwiek mikrobów nie zawierał, wstrzyknięty królikowi pod skórę wywoływał ropienie. Spostrzeżenie to jest wielkiéj wagi, gdyż stoi w sprzeczności z obecnemi zapatrywaniami, według których ropienie powstać może tylko przez działanie mikroorganizmów, nie zaś istot chemicznych, a oparty jest na spostrzeżeniu, że olejek terpentynowy bardzo szybko niszczy zarodki zarazków i pod tym względem stoi nawet wyżéj od sublimatu i kwasu karbolowego. Autor, chcąc się przekonać o prawdziwości powyższego twierdzenia, urządził hodowle bakteryj ropnych, w których skład wchodziły: *Micrococcus prodigiosus*, *Staphylococcus aureus* i pewien rodzaj białych mikrokoków. Gromadę taką oblał czystym olejkiem terpentynowym i następnie w różnych odstępach czasu przenosił za pomocą czystego drutu platynowego część takiéj kolonii razem z kroplą olejku terpentynowego na inne pożywki. Pokazało się wtedy, że *micrococcus prodigiosus* i owe białe mikrokoki na nowym gruncie bardzo dobrze i łatwo się rozwijały, jeżeli tylko wierzchnia warstwa olejku terpentynowego się ulotniła. *Staphylococcus aureus* przyjmował się jeszcze po trzechgodzinnym pobycie w olejku terpentynowym, po pięciu godzinach ginął. Jeżeli zaś autor do żelatyny płynnéj, w któréj hodował starsze pokolenia mikrobów, dolewał olejku terpentynowego, to i *staphylococcus aureus* po pięciogodzinnym pobycie w mięszaninie żelatyny i olejku terpentynowego bardzo pięknie się rozwijał. Z doświadczeń tych wynika, że olejek terpentynowy nie niszczy zarodków zarazkowych i nie jest środkiem antyseptycznym pierwszego rzędu, albowiem nie tylko nie przewyższa pod tym względem sublimatu i karbolu, lecz owszem nie stoi nawet z temi środkami na równi. Z tego powodu autor zwraca na wyniki te uwagę chirurgów, którzyby byli skłonni postępując za radą Grawitza i de Baryego do używania olejku terpentynowego jako środka przeciwgnilnego. (*Fortschritte der Medicin* 1887 Nr. 19). *A. B.*

Streit (Berno): **O nowém znamieniu skórzaków.** W przypadku skórzaka na brzegu oczodołowym udało się Kocherowi zauważyć własność skórzaków dotychczas, zdaniem S., nigdzie nieopisaną, polegającą na tém, że takowe mogą pod wpływem zewnętrznego ucisku zmieniać swą postać. Spostrzeżenia tego dokonał autor przypadkiem podczas wykładu, nezeń bowiem przedstawiający chorego podał, że skórzak ma postać owalną, Kocher zauważył, że ją można zmienić na postać trójkąta, grzebienia. okrągłą i inne. Wytłumaczył, że to zależy od zawartości skórzaków, zbliżonéj co do zbitości do kitu szklarskiego, mającego własność zachowania téj postaci, jaką mu się nadaje. Mówiąc o tym przypadku zwrócił Kocher uwagę i na inną cechę skórzaków, pozwalającą niekiedy odróżnić je na pewne od innych obrzęków, a mianowicie na uczucie trzeszczenia, jakiego się doznaje, uciskając takowe. Trzeszczenie to zależy od obecności włosów obok dostatecznéj ilości płynu gęstego. (*Centralblatt f. Chirurgie* 1887 Nr. 44). *H. K.*

β. **Ergotyna przeciw wolowi.** Już dawniéj Coghill leczył wól podskórnemi wstrzykiwaniami ergotyny. W najnowszych czasach Baureus nie wiedząc zupełnie o próbach Coghilla zastosował znów tę metodę w sposób następujący: Za pomocą strzykawki Pravaza wstrzykiwał początkowo 1 grm. mięszaniny z 1 części ergotyny w 7miu częściach gliceryny i 7miu wody destylowanéj, ale bez skutku; lepszą nieco okazała się mięszanina 3 części ergotyny w 7miu częściach gliceryny i 7miu wody

Później stósował podskórnie roczyn jeszcze silniejszy, mianowicie 5 części ergotyny na 7 gliceryny i 7 wody, z czego robiono 4 wstrzykiwania w ciągu 14 dni, każdorazowo 1 grm. roczynu. Wstrzykiwania były bolesne, występowało lekkie obrzmienie, ale w przeciągu 3ch tygodni znikał wól i obrzmienie. Według autora wstrzykiwania należy robić głównie nie w podskórną tkankę, lecz w sam miąższ. (*Deutsche Medicinal Ztg.*)

Okulistyka.

J. Kucharski (Tyflis): **Z bakteryjologii jaglicy.**

Powtarzając badania Michla i Sattlera doszedł autor w swych bakteryjologicznych poszukiwaniach do odmiennych niż przytoczeni autorowie wyników. Podczas gdy grzybek Michla nie przedstawia nic charakterystycznego, wyróżnia się wykazany przez autora grzybek dość wybitnie od wszelkich innych dotąd znanych. Mikroskopowo przypominający *gonococci* Neussera, odznacza się jednak rozpuszczającém działaniem na żelatynę peptonową, tworzeniem białéj błonki na jéj powierzchni i osadu na dnie epruwetki; od *staphylococcus pyogenes albus*, z którym również ma wiele cech wspólnych, różni się znacznie powolniejszém rozpuszczaniem żelatyny, wyraźniejszém barwieniem się w 1% roczynie fuksyny i brakiem reakcyi po podskórném zastrzyknięciu zwierzętom. Autor znajdował go stale zarówno w wydzielinie i ziarnach jaglicowych, jak i w mieszkowém zapaleniu spojówki (*conjunctivitis follicularis*). Szczepienia dokonane grzybkiem K. dały wynik prawie ujemny. Z 24ch przedsięwziętych szczepień na różnych zwierzętach z gatunków podlegających przeszczepieniu jaglicy za pomocą treści ziarn jaglicowych, dało 9 wynik zupełnie ujemny, w 6 wystąpiło przekrwienie spojówki, w 1 zamglenie rogówki, w 1 naciek ropny rogówki, w 6 pokazały się drobne ziarnka, o których autor zupełnie otwarcie przyznaje, że nie mógłby ich uznać za utwory jaglicowéj natury, a tylko w 1 przypadku mógł stwierdzić ziarna przypominające granulacyje w jaglicy. Cztery przypadki przeszczepiania na ludzi dały wynik ujemny. Mimo tak niepewnych rezultatów, osiągniętych szczepieniem, nie waha się autor uznać grzybka odkrytego przez siebie za swoisty, a opierając się na tém, widzi w poszukiwaniach swoich dowód identyczności jaglicy z zapaleniem mieszkowém spojówki. (*Centrbl. für prakt. Augenheilk.* 1887).

Dr. Sroczyński.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

X. zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 25 czerwca 1887 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Kadyi. Obecnych członków 12.

Kol. Laskiewicz okazał kawał mózgu z komórki czwartéj, do któréj był nastąpił krwotok.

Kol. Kadyi zwraca uwagę na pracę Füttera, podającą, iż prątki gruźlicze bardzo dobrze się utrzymują w chlorku paladu.

Kol. Rosenbusch odczytuje rzecz: O wstrzykiwaniach podskórnych roczynów soli kuchennéj w osłabieniu mięśnia sercowego. Rzecz ta była w całości umieszczona w *Przeglądzie Lekarskim*.

W dyskusyi zabiera głos kol. Widman, na którego wezwanie kol. Rosenbusch robił powyższe doświadczenia z solą kuchenną na chorych w oddziale wewnętrznym I. szpitala powsz. Myśl użycia soli kuchennéj dla podniecenia akcyi serca nie nowa. Już od czasu okazania się podstawowéj pracy Dra Merunowicza: *Ueber die chemischen Bedingungen für die Entstehung des Herzschlages* używano jéj w pewnym roczynie do transfuzyi po znacznych utratach krwi, w cholerze i t. p. Do szerszego zastósowania w ogóle we wszelkich sprawach chorobowych połączonych z osłabieniem czynności serca poleca Feilchenfeld podskórne wstrzykiwanie roczynów soli kuchennéj na podstawie doświadczeń na zwierzętach, a równocześnie z nim i niezależnie odeń kol. Rosenbusch na podstawie doświadczeń na ludziach. Sposób ten zadziałania na serce łatwy, a poleca się szczególnie w położnictwie.— Kol. Smutny obiecuje sobie wiele po wstrzykiwaniu soli kuchennéj w przypadkach udaru słonecznego tak częstego u wojskowych. — Następnie zastanawiano się nad teoryją, w jaki sposób działa sól kuchenna w tamowaniu krwotoków. W dyskusyi nad tym przedmiotem, w którym zabierali głos obok prelegenta koll. Dr Widmann, Pisek, Seifman, Wiczkowski, Kadyi, zgodzono się na działanie podniecające soli kuchennéj. Kol. Nowacki chwali dotychczasowy sposób tamowania krwotoków wstrzykiwaniami ergotyny. Kol. Ziembicki widział w klinikach paryskich znakomite skutki po ipekakuanie w wielkich dawkach dochodzących do 2 grm.

Dr. Wiczkowski.

XI posiedzenie naukowe z d. 22 października. 1887.
Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 17.

Kol. Prezes poświęca pośmiertne wspomnienie ś. p. Krzeczunowiczowi, wzywając obecnych członków do uczczenia jego pamięci przez powstanie. Wspomina daléj kol. Prezes o wzięciu udziału sekcyi w jubileuszu 50-letnim kol. Dra Kosińskiego, b. fizyka miasta Lwowa.

Kol. Sekretarz odczytuje pismo Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak. wzywając do popierania wyrobów przetworów opatrunkowych p. Dobrowolskiego. W dyskusyi nad tém pismem zgodzono się, aby Komisyi przesłać w téj mierze odpowiedź zredagowaną na podstawie orzeczeń koll. operatorów.

Z kolei Dr. Szpilman odczytał rzecz: o ptomainach. Kol. prelegent wyłożył treściwie historyczny rozwój nauki o ptomainach i obecny stan wiedzy o nich, podał sposób ich otrzymywania i przytoczył wszelkie rodzaje ptomainów otrzymanych. W dyskusyi brali udział, kol. Wehr, który wspominał o rozprawach na jednym ze Zjazdów berlińskich o pyemii i septicemii i o pracach nad zaszczepieniem ropy. Kol. Wiczkowski mówił ze stanowiska chemicznego o ptomainach. Kol. Ziembicki i Prezes przytaczają przypadek tetanii w skutek prątków z ziemi się wydobywających. Kol. Wehr wspomina o tetanii wywoływanéj przez Verneuila za wstrzyknięciem wyciągu z gnojówki końskiéj. Wreszcie kol. Szpilman zainterpelowany przez kol. Laskiewicza potwierdza spostrzeżenia licznych autorów co do powstrzymywania rozwoju bakteryj jednych przez drugie i niektóre objawy chorobowe wąglika tłumaczy częścią mechanicznem zatkaniem naczyń przez laseczniki, częścią ich chemiczném działaniem. Kol. protomedyk Biesiadecki przy wzmiance, co się dzieje z bakteryjami w organizmie, przytacza pracę Mecznikowa, wedle którego bakteryje są zabierane przez ciałka limfatyczne i składane w organach jak wątroba, śledziona i szpik kostny.

Dr. Wiczkowski.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 7 październ. 1887.

Obecni: Prezes Kaczorowski, Sekretarz Wicherkiewicz i koll.: Preibisz, Zielewicz, Dembiński, Święcicki, Holzer, Świderski, Osowicki, Chłapowski.

Do działu porządku dziennego „choroby nagminne“ zabrał głos kol. Kaczorowski podnosząc, iż liczne widuje przypadki czerwonki z łagodnym przebiegiem, a w zakładzie Sióstr Miłosierdzia przeprowadza przeciwko temu cierpieniu indyjski sposób podawania ipekakuany, pod wpływem któréj wypróżnienia ustępują. Nadto zdarzają się często nieżyty gardła i zapalenia płuc.

Kol. Zielewicz wygłosił odczyt pod tytułem: „Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj“. (Wykład ten w całości ukaże się w *Przeglądzie Lekarskim*).

W rozprawie nad tym odczytem zabrał głos kol. Chłapowski i wspomina o przypadku bąblowca wątroby ogromnych rozmiarów. Dotyczył on osoby od 7 lat cierpiącéj a leczonéj przez kolegę Chł. w Bytomiu. Kol. Chł. wypuścił z znacznéj wypukłości wątroby za pomocą przyrządu Dieulafoya przeszło 100 gramów płynu, a gdy chemiczne badanie mimo nieobecności haczyków przemawiało za obecnością bąblowca, wypompował

padki ospianki u osób szczepionych zakończyły się oczywiście pomyślnie. W r. 1887 zaszczepiono na koszt gminy w I obwopo raz wtóry nie bez znacznego, ale przemijającego dla choréj odczynu zapalnego resztę zawartości torbiela. Chora wyzdrowiała a kol. Chł. o trwałém wyzdrowieniu przekonał się jeszcze po roku i późniéj. Wyzdrowienie w tym przypadku bez operacyi tłumaczy się tém, że pewna ilość płynu podczas wypompowania dostała się do jamy brzusznéj i wywołała odczynowe zapalenie z korzystném dla choréj zejściem. — Kol. Preibisz wspomina o przypadku samoistnego wyleczenia się z bąblowca, umieszczonego w okolicy wątroby. Bąblowiec ten przekłuł się do żołądka, z którego przez chorego wykrztuszonym został — Kol. Osowicki podnosi, odwołując się do w odczycie zrobionéj uwagi prelegenta, który robi zastrzykiwania podskórne słonéj wody, iż używał w poliklinice tychże wstrzykiwań w swojskiéj cholerze ale bez widocznych skutków, co kol. Zielewicz tłumaczy nie dość częstemi i licznemi wstrzykiwaniami. Co do operacyi pęcherza żółciowego sądzi kol. Osowicki, iż i tutaj, jak przy operacyi pęcherza moczowego, nie potrzeba się obawiać powstałéj fistuły, a twierdzenie to opiera na doświadczeniu zrobioném u dziecka, u którego celem wydobycia kamienia z pęcherza moczowego zrobił wysokie cięcie; po zeszyciu pęcherza z powłoką brzuszną powstała przetoka u bardzo niespokojnego dziecka, lecz zarosła późniéj sama. — Kol. Zielewicz nie godzi się na tego rodzaju postępowanie operacyjne. Nie ma powodu do obawy, aby rana pęcherzowa nie mogła się zrosnąć, nawet, gdyby jéj nie zeszyto. Ściany bowiem pęcherza w stanie próżnym przylegają do siebie. Było więc tylko po operacyi cewnik stanowiąc część opatrunku dobrze był włożonym, nie potrzeba obawiać się przejścia moczu do jamy brzusznéj. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Uffelmann (Rostock): **O pneumokokach Friedländera znalezionych w powietrzu piwnicznėm.**

Obszerną pracę o ciekawém spostrzeżeniu i wykazaniu pneumokoków w piwnicy zapowiada prof. U. w *Zeitschrift f. Hygiene.* Na razie podaje krótkie sprawozdanie.

Od października 1886 roku badał U. powietrze pod zakładem higijenicznym znajdującéj się piwnicy co do zawartości w niém bezwodnika węglowego, wilgoci i co do ciepłoty, prawie codziennie, co miesiąc raz, w lipcu częściéj, na mikroorganizmy, ich ilość i rodzaje. Podłoga piwnicy wyłożona jest cegłami niezupełnie ściśle do siebie przylegającemi. Okna w piwnicy nie ma, a powietrze z zewnątrz ma dostęp albo przez otwór szczelnie zawsze zamknięty za pomocą drewnianéj klapy, albo przez drzwi otwarte, jeśli się do piwnicy wejdzie, zresztą są drzwi także zawsze zamknięte. Ustawione w niéj płyty z gelatyną, blaszki kartofli, mleko sterylizowane, bulijon cielęcy, nie wykazywały aż do połowy lipca nic szczególnego, zawsze tylko niechorobotwórcze mikroby. 19 lipca ustawił U. w piwnicy dwie płyty z gelatyną i 12 płytek kartofli, ostatnie w kąciku piwnicy; na schodach i podedrzwiami nic nie ustawił. 21 lipca pokazały się na dwóch płytkach kartofli obok pleśni zwykle napotykanych i *micrococcus aurantiacus* jeszcze trzy białożółtawe wilgotne miejsca, dosyć wyniosłe i dosyć znaczne. Na drugi dzień były one wyższe i większe, pleśnią jeszcze bardziéj otoczone; na preparatach mikroskopowych okazały się z nich prątki zupełnie podobne do prątków Friedländera w zapaleniu płuc napotykanych. Przeszczepione na gelatynę dały wyraźną postać gwoździa, białawą (porcelanową) barwę; hodowle płytowe wykazały pod stokrotném powiększeniem okrągławe tarczki z otoczką; rozpłynięcia się gelatyny hodowle nie sprowadziły. Nie ulega w obec tego, powiada U., wątpliwości, że owe trzy miejsca wynioślejsze na płytkach kartofli widziane były koloniami pneumoprątków Friedländera. Za tém przemawia zachowanie się ich życiowe i postaciowe. Rozchodziłoby się tylko o to, zkąd one się tam wzięły i jaką drogą do piwnicy dostać się mogły? To pytanie stara się prof. U. rozstrzygnąć w następujący sposób: Przed 19tym lipca z pewnością ich w piwnicy nie było; 15go, 16go, 18go lipca robili w niéj dwaj robotnicy koło rury doprowadzającéj i odprowadzającéj wodę; dla dostępu światła i powietrza otworzyli wymienione wyżéj okienko odchyliwszy klapę drewnianą. Prof. U. przypuszcza zatém, że albo prątki dostały się za pośrednictwem tych robotników do piwnicy, albo były w ziemi lub ścianie, a przez naprawianie muru i poruszenie ziemi pod cegłami wydobyły się na wierzch i przeszły do powietrza w piwnicy zawartego, albo dostały się przez okno lub drzwi z zewnątrz do niéj, albo może on sam je przyniósł ze sobą z pracowni do piwnicy. Dodaje jednak zaraz, że od ukończenia kursu, t. j. od 4go lipca, z prątkami temi nic nie miał do czynienia. Ponieważ ziemia była dosyć wilgotna, zarodki ich od niéj także najprawdopodobniéj się nie oderwały. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1887 Nr. 39). *H. K.*

Regulamin epidemiczny.

Na międzynarodowym Zjeździe higijenicznym uznano za rzecz konieczną w celu ochrony od chorób epidemicznych, zwłaszcza cholery, febry żółtéj, dżumy, aby się państwa między sobą porozumiały i odpowiednie układy zawarły, oparte na następujących zasadach:

1) Doniesienie o każdym przypadku wymienionych chorób winno być obowiązkowe i dziać się jak najrychléj.

2) W jedném z neutralnych państw europejskich winno być utworzone biuro wywiadowcze, do którego donoszonoby telegraficznie o pierwszych przypadkach zachorowania i któremu składanoby regularne sprawozdania o przebiegu epidemii; ono zaś komunikowałoby te sprawozdania wszystkim państwom, któreby w tém urządzeniu udział brały.

3) Drogą porozumienia ustanowioném zostanie, czego koniecznie wymagać należy pod względem podniesienia stosunków zdrowia w portach i miejscowościach komunikacyjnych (zaopatrzenie w wodę, utrzymanie w czystości gruntu i t. d.) Państwa udział w tém urządzeniu biorące postarają się, aby z miejsc, w których choroby te endemicznie lub epidemicznie panują, osoby o chorobę podejrzane lub towary nie były wyprowadzane.

4) Okręty z miejsc zakażonych pochodzące mają być w ten sposób urządzone, aby chorych na pokładzie odosobnić można i potrzebne przewietrzanie przeprowadzić.

5) Okręt pochodzący z miejsca zakażonego winien być w porcie, do którego przybywa, badaniu lekarskiemu poddany.

6) Jeżeli się na pokładzie przydarzyły przypadki cholery, to chorzy winni być po wysadzeniu na ląd odosobnieni, podejrzanych należy poddać obserwacyi aż do czasu, w którym wyrobić sobie będzie można sąd co do charakteru choroby.

7) Okręt pozostaje w obserwacyi, dopóki nie wykona się odwietrzania według przepisu i nie nabędzie się pewności, że na pokładzie nie ma epidemii.

8) W miejscach dopływu do kanału Suezkiego powinien być urządzony międzynarodowy nadzór lekarski przez ajentów ustanowionych przez zreorganizowaną Radę zdrowia w Aleksandryi, a których zadaniem byłoby zarządzanie tego wszystkiego, co dla bezpieczeństwa Europy jest koniecznêm.

Przyjęto jeszcze jeden wniosek co do uproszenia Rządu austryjackiego, aby poruszył myśl ponownego zebrania się konferencyi cholerycznéj w Rzymie lub też nowéj konferencyi w Wiedniu lub gdzieindziéj. *Dr. Grabowski.*

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 24 listopada pod przewodnictwem prezydenta miasta posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, że śmiertelność w miesiącu wrześniu r. b. wynosiła 28·9 a w październiku 29·1, po odtrąceniu obcych zmarłych w szpitalach krakowskich 21·7 i 21·8 w stosunku do roku i 1000 ludności. Są to liczby bardzo pomyślne. W październiku pojawiała się szkarlatyna tylko sporadycznie, natomiast było kilka przypadków śmierci z dławca i błonicy. Ospy nie było całkiem a trzy przy-

dzie 175, w II 402, w III 574 razem 1151 dzieci. Dr. Jaworowski zbadał pod względem fauny 66 studzien krakowskich i pomijając rozmaite twory zoologiczne znalazł studnie po największéj części w nader opłakanym stanie. — Tak w taniéj kuchni założonéj kosztem Arcybractwa Miłosierdzia, jak i w jadalni urządzonéj na Kaźmierzu dla ubogich dzieci szkolnych znaleziono jedzenie bardzo smaczne i dobre. — Skonfiskowano 2 beczki nafty zanadto zapalnéj. — Z Namiestnictwa nadeszło zapytanie, czy i jaki przyrząd desinfekcyjny posiada gmina krakowska, tudzież rozporządzenie, iż zwłoki izraelitów mają być chowane w trumnach szczelnie zabijanych, których otwierać nie wolno. — Petycyję mieszkańców Stradomia i ulic pobliskich o otwarcie znowu tamże apteki przekazano do zdania sprawy Drowi Grabowskiemu. — Projekt instrukcyj technicznych i administracyjnych dla zakładu desinfekcyjnego opracowany przez inżyniera sanitarnego Świerzyńskiego postanowiono celem dyskusyi autografować i rozdać członkom Komisyi sanitarnéj.— Uchwalono przedłożyć Radzie miejskiéj wniosek, aby desinfekcyja rzeczy zakażonych odbywała się dla biednych zupełnie darmo a dla mogących płacić za opłatą pokrywającą koszta gminy według zasad później uchwalić się mających. Na wniosek r. m. Dra Domańskiego uchwalono po wyczerpującéj dyskusyi, że desinfekcyja jest konieczną w następujących chorobach, jak ospa, szkarlatyna, odra, róża, błonica, gorączka połogowa, nosacizna, tyfus brzuszny, osutkowy i powrotny, cholera azyjatycka, czerwonka, zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych, ropnica, koklusz, wąglik, wścieklizna. W suchotach zaleconą jest desinfekcyja za życia a obowiązkową w razie śmierci. Pożądaną jest desinfekcyja w świerzbie, kile, tudzież zapaleniu oczu egipskiém. — R. m. Dr. Jordan poruszył niewłaściwość wydawania w niektórych aptekach leków nieraz niebezpiecznych na recepty przedawnione lub przepisaną klauzulą lekarską nieopatrzone. Uchwalono w téj sprawie porozumieć się z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém. — Nakoniec wniósł tenże Dr. Jordan, aby uznając wielki pożytek z nauki higijeny zalecić sekcyi IV Rady miejskiéj wprowadzenie tego przedmiotu w program wykładów kursów uzupełniających w szkole św. Scholastyki, tudzież postarać się o to samo dla seminaryjów nauczycielskich. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

○ Czas pojawiania się miesiączki. Dr. Sullier znalazł przy wypytywaniu się 3000 ciężarnych z okolic Królewca, że średnią miarą miesiączka pojawia się w 16 r. U wyższych a słabszych dziewcząt rychléj występuje miesiączka niż u niższych a silniéj zbudowanych, u brunetek rychléj niż u blondynek. Najrychléj ze wszystkich u wysokich słabych blondynek, najpóźniéj u niskich brunetek miernéj konstytucyi. W 83% wszystkich czynność ta ustroju odbywała się od razu od początku regularnie. (*The Lancet*, 1887, II. Nr. 15).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Otrzymaliśmy następujący okólnik:

Z końcem maja 1888, podczas Zielonych Świąt, odbędzie się we Lwowie V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W przekonaniu, że WPan uznaje ważność podobnych zjazdów, Wydział gospodarczy ma zaszczyt prosić WPana, abyś swym współudziałem zechciał przyczynić się do powodzenia V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Bliższe szczegóły co do tego Zjazdu będą w swoim czasie ogłoszone. Gdy wszakże do ułożenia szczegółowego programu potrzebném jest wczesne zawiadomienie o pracach i kwestyjach, mających być przedmiotem obrad, przeto Wydział gospodarczy ma zaszczyt zapytać, czy i jaką sprawę zechciałbyś WPan poruszyć lub jaką pracę przedłożyć.

Ponieważ pożądaném byłoby, ażeby podczas Zjazdu odbyć się mogła Wystawa higijeniczno-lekarska i dydaktyczno-przyrodnicza, przeto Wydział gospodarczy usilnie prosi WPana o jak najrychlejsze doniesienie, czy w rzeczonéj Wystawie WPan zechciałby wziąć udział, i jaki przedmiot wystawić zamierza, urządzenie bowiem wystawy zawisłém jest od od tego, o ile doniosły ten zamiar znajdzie czynne poparcie u ogółu naszych lekarzy i przyrodników.

Upraszając o jak najrychlejsze zawiadomienie, tak co do udziału w samym Zjeździe jak i w zamierzonéj Wystawie, Wydział gospodarczy nadmienia, że zgłoszenia przyjmować będzie najdaléj do końca stycznia 1888.

W imieniu Wydziału gospodarczego:

Prof. Dr. A. Czyżewicz. Prof. Dr. Br. Radziszewski.
Przewodniczący.
Prof. Dr. Józef Żuliński,
sekretarz generalny.

* W terminie listopadowym złożyli egzamin uprawniający do zajmowania posad rządowych pp. Drowie Koy z Krakowa, Szczudło z Żywca, oraz asystent przy katedze medycyny sądowéj Schaitter ostatni z odznaczeniem.

* We środę d. 30 listopada wykonano w klinice prof Madurowicza cięcie cesarskie według metody Porry na kretynce lat 30 i kilka leżącéj z powodu znacznego ścieśnienia miednicy. Matka i syn mają się dobrze.

* Dnia 17 listopada odbyło się walne zgromadzenie członków Towarzystwa biblijoteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J., na którém wybrano biblijotekarzem p. Ludwika Dąbrowskiego, zastępcą jego p. Stanisława Gawlikowskiego. W skład Wydziału weszli pp.: Józef Langer z I roku, Ksawery Górski z II, Jan Papée z III, Kazimierz Mitschka z IV. Mikołaj Łyłyk z Vgo. Do komisyi skontrującéj wybrano pp.: Stanisława Janowskiego, Julijana Staniszewskiego i Jana Kolessę. Sprawozdanie za rok ubiegły wykazuje członków 80. Pozostałość z roku zeszłego wynosiła 227 złr. 53 ct, wkładki członków 271 złr., dochód z balu akademickiego 115 złr. 36 ct., zwrot za dzieła zgubione 26 złr. 50 ct.. razem 640 złr. 39 ct.; z tego zakupiono książek za 622 złr. 9 ct. Daléj zaznacza sprawozdanie z wdzięcznością, że w roku ubiegłym jak lat poprzednich bezpłatnie otrzymywała biblijoteka od redakcyj czasopisma lekarskie: „Medycynę“, „Gazetę Lekarską“ i „Przegląd Lekarski“. Prof. Dr. Blumenstok ofiarował w tym roku biblijotece dzieło prof. Hofmanna p. t.: *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*, którego drugi egzemplarz otrzymała biblijoteka w darze od autora; nadto raczyli nadesłać bezpłatnie swe prace pp. docenci: Dr. Gluziński i Dr. Jaworski. Od Senatu U. J. uzyskała biblijoteka umieszczenie w *Collegium novum* i trzy szafy na książki, natomiast ubolewa sprawozdanie, że od bardzo licznych dłużników, byłych członków Towarzystwa wpłynęło tylko 26 złr. 50 ct. Biblijoteka w bieżącym roku liczy 25 rok istnienia swego wielce pożytecznego dla młodzieży, któréj dostarcza podręczników do kształcenia się zawodowego, a posiada obecnie koło 3000 dzieł lekarskich.

* D. 21 listopada odbyła się w Pradze uroczysta instalacyja rektora uniwersytetu czeskiego prof. chirurgii Weissa.

(*I. T.*) **Moskwa**. Na przedstawienie prof. Babuchina rada miejska postanowiła urządzić przy uniwersytecie bakteryjologiczną pracownię, asygnując na ten cel w ciągu 3ch lat, począwszy od 1 stycznia 1888, po 1000 rs. corocznie.

* **Włochy**. Prezydentem „Consiglio superiore di sanità“ dla królestwa włoskiego mianowany został dekretem królewskim na 3 lata prof. Gwidon Baccelli w Rzymie. W skład téj najwyższéj Rady zdrowia wchodzą pomiędzy innymi: Moleschott, Mantegazza, Marchiafava, Bizzozero, Cantani, Corradi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Potwierdza się wiadomość, że prof. Störk otrzymał naganę od Ministra za wykład o chorobie ks. Następcy tronu pruskiego. — **Gietynga.** Prof. Runge z Dorpatu powołany został na katedrę położnictwa i takową przyjął. — **Hala**. Dr. Kretschmann habilitował się jako docent chorób ocznych. — **Neapol**. Dr. Nicolucci mianowany profesorem antropologii. — **Piza**. Dr. Griffini mianowany profesorem patologii ogólnéj. — **Rzym**. Dr. Ant. Ceci otrzymał katedrę patologii chirurgicznéj. — **Insbruk**. Dr. Juliusz Kratter, docent prywatny w Gracu, mianowany został zwyczajnym profesorem medycyny sądowéj i higijeny. — Na opróżnioną katedrę chorób skórnych i kiłowych proponowani są docenci wiedeńscy: Jarisch i Riehl.

* **Wiadomości osobowe**. W obronie krajowéj mianowani zostali: lekarzem pułkowym 1éj kl. Dr. Andrzej Obrzut, lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie: Hilary Schramm, Józef Szajna, Bolesław Jaworski, Jan Solewski, lekarzem starszym Dr. Franciszek Gąsiorek.

Lekarz powiatowy w N. Targu, Dr. Zawadziński przeniesiony został do Wadowic.

* **Nekrologija.** W Lipsku umarł b. profesor fizyki Dr. Gustaw Teodor Fechner w 86 roku życia. Urodzony 19 kwietnia 1801 r., uczył się w Lipsku i tamże habilitował się w r. 1826, w r. zaś 1835 mianowany został profesorem. Później otrzymał dyplom honorowy medycyny. Wsławił się pracami swojemi w dziedzinie psychofizyki, nauki, która i dla medycyny wielkie ma znaczenie.

W Insbruku umarł b. prof. anatomii opisowéj, radzca dworu Dr. Dantscher w 76 roku życia.

W Meranie, powracając z San Remo do kraju, umarł Dr. Tadeusz Jakubowski w 28 roku życia, b. uczeń Uniw. Jagiell. — W Stanisławowie umarł Dr. Rojecki.

Dr. Żukotyński donosi nam o śmierci Dra Władysława Sas Kulczyckiego, asystenta sanitarnego w Bóbrce. Padł on ofiarą swego zawodu zaraziwszy się tyfusem, który epidemicznie panuje w okolicy. Był on przyjacielem każdego, który go znał, dla chorych najlepszym lekarzem, dla kolegów nieodżałowanym, dla rodziny najlepszym mężem i ojcem. Zmarły liczył lat 39, pozostawił matkę, żonę i pięcioro drobnych dzieci. Uniwersytet kończył w Krakowie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 48: Kępińskiego: O rzadszych chorobach ocznych przy chronicznych cierpieniach nerek. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Willenza: Farmakologiczno-doświadczalne badania nad salolami; Ziemińskiego: Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopu (dok.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11: Perkowskiego: Niemoc płciowa i jéj leczenie (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 4: Rumszewicza: O tłuszczakach podspojówkowych; Kowalskiego: Kilka słów o durze brzusznym.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Jindřich ZAHOŘ, fyzik m. Prahy i radzca sanitarny: Zpráva o zdrovotných poměrech k. k. města Prahy a činnosti městkého fysikátu za rok 1885. v Praze 1887, in 8vo str. 580 z 14 tabl. chromolitogr.

Prof. JANOVSKÝ, Prof. SOYKA i Dr. ZAHOŘ: Zpráva o činnosti městké zdravotní rady Pražské v roce 1885, v Praze 1887, in 8vo str. 81.

Prof. FEIGEL: Nagła śmierć w szkole (Odbitka z Wiadomości lek. 1887), in 8vo str. 21.

TENŻE: O nagłéj śmierci w skutek gwałtownych wzruszeń umysłowych (Odbitka z Wiadomości lek. 1887) in 8vo str. 12.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 grudnia o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. doc. Jaworski przedstawi nowe odczynniki do badania treści żołądkowéj, jakoteż omówi wartość ich praktyczną na podstawie doświadczeń zebranych w klinice prof. Korczyńskiego, poczém kol. doc. Gluziński będzie miał odczyt: O zmianach ilości chlorków w moczu w chorobach żołądkowych.

Sprostowanie. W Nrze 48 Przeglądu Lekarskiego podano mylnie na str. 650 wiersz 9 od góry dawkę kalomelu w ilości 50—60 gramów — zamiast *0·5—0·6 grm.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę II asystenta przy anatomii patologicznéj i demonstratora przy katedrze fizyjologii.

Podania należy wnieść na ręce dziekana Wydziału lekarskiego do dnia 8 grudnia 1887.

Kraków dnia 30 listopada 1887.

N. Cybulski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 10 Grudnia 1887. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Quo ad primum, t. j. co do nowotworów pęcherzyka żółciowego, to wspomnę tu o nich tylko mimochodem, w bardzo bowiem tylko wyjątkowych razach dostępnemi dla operacyi stać się one mogą. Istotnie łagodne nowotwory pęcherzyka żółciowego, jak śluzaki, włókniaki (Albers), brodawczaki, kostniaki, (Haldane, Tuck), zdarzają się nadzwyczaj rzadko, a niczém nie zdradzając swojéj obecności, ani razu dotąd niepodejrzywane za życia, przypadkowo tylko zawsze przy oględzinach pośmiertnych wykrywane były. Co się tyczy nowotworów złośliwych pęcherzyka żółciowego, to z pomiędzy nich najczęstsze bywają różne postacie raka, szczególniéj zaś nabłoniak. Nowotwory złośliwe napotykamy tu zazwyczaj następczo, bądź w skutek przejścia nowotworu z sąsiedniego narządu, bądź w skutek przerzutu z organów odległych. Znane są jednak spostrzeżenia dotyczące pierwotnych raków pęcherzyka żółciowego. Cierpienie to po raz pierwszy opisał Durand-Fardel [1]), jakkolwiek pokrótce wspomina już o niém pierwéj Cruveilhier [2]), w nowszych zaś czasach w pracach Frerichsa, Villarda, Cohna, van Schneppela [3]) znaleźć można liczne przykłady raków pierwotnie w pęcherzyku żółciowym rozwiniętych. Niestety jednak i w tych przypadkach, w których rak pierwotnie w pęcherzyku żółciowym powstaje, rzadko bardzo pomocy chirurgicznéj dostępnym bywa, ze względu iż początkowo nie towarzyszą mu żadne dolegliwości, a właściwe rozwojowi jego ogólne i miejscowe objawy wówczas dopiero spostrzedz jesteśmy w stanie, gdy już z pęcherzyka na sąsiednie narządy się rozszerzył, co możliwość pomocy chirurgicznéj unicestwia. Gdyby jednak w wątpliwym przypadku udało się przez laparotomiję próbną stwierdzić obecność raka umiejscowionego w samym pęcherzyku żółciowym i nieprzechodzącego jeszcze na sąsiednie części, wówczas powinnibyśmy natychmiast przystąpić do operacyi, przyczém samo przez się wynika, że do cholecystektomii uciecby się należało.

[1]) *Durand Fardel. Maladies des Vieillards.* 1838 p. 761. [2]) *Cruveilhier Anatomie Pathologique* T. II, p. 542. — [3]) *Ziemsen* T. VIII. *Krankeiten der Gallenwege* p. 68.

Quo ad secundum, t. j. co się tyczy ran pęcherzyka żółciowego, to przedmiot ten oddawna budził zajęcie chirurgów, a piękna praca doświadczalna Herlina, przed 120 laty ogłoszona, o któréj wyżéj wspominaliśmy, ustanawiała już teoretycznie w tych razach racyjonalność i możliwość chirurgicznéj pomocy. To samo wynikać się zdawało i z późniejszych doświadczeń Campaignaca. Jeśli jednak tak znakomite, przekonywające prace przeszły nieomal niespostrzeżenie, to przyczyny tego szukać chyba winniśmy w tym fakcie, że do bardzo niedawnego czasu w przekonaniu wszystkich nieomal chirurgów rany przeszywające pęcherzyk żółciowy, uważane były za bezwarunkowo śmiertelne. Tak np. Mayer [1]) w monografii dotyczącéj ran wątroby i pęcherzyka żółciowego, wydanéj w 1872 r., powiada: „Pęknięcia i rany pęcherzyka żółciowego kończą się wszystkie śmiercią, prawie zawsze w skutek następowego zapalenia otrzewny.“ Nussbaum jeden z pierwszych zwrócił uwagę, że obawy dotyczące skutków wylania się żółci do jamy otrzewnéj wydają się być przesadzonemi. Pominę szczegółowszy przegląd prac podjętych celem rozstrzygnięcia tego pytania, z pomiędzy których doświadczenia Emmerta i Boströma na szczególną zasługują wzmiankę, powiem tylko, że Röhman na zasadzie licznych

[1]) *Mayer. Die Wunden der Leber und der Gallenblase. München* 1882.

doświadczeń dokonanych na zwierzętach [1]) doszedł nakoniec do wniosku, że wylanie się czystéj żółci do jamy otrzewnéj nie wywołuje wcale zapalnéj reakcyi. Jeśli wniosek ten wydać się może nieco zbyt bezwzględnym, to w każdym razie nie ulega wątpliwości, że wylanie się żółci do jamy otrzewnéj u człowieka niezawsze zapalenie otrzewny za sobą wiedzie, a niekiedy nawet pomyślnie się kończy. Tak z dawniejszych autorów Sabatier (Roth l. c. p. 137) przytacza przypadek rany kłótéj zadanéj szpadą, która wniknęła aż do pęcherzyka żółciowego. Chory żył potém jeszcze 7 lat, a po śmierci znaleziono opróżniony pęcherz żółciowy komunikujący z jamą otrzewnéj, która zawierała znaczną ilość żółci. W nowszych czasach Thiersch na 8ym Zjeździe chirurgów niemieckich zdawał sprawę z trzech szczęśliwie zakończonych przypadków wylania się żółci do jamy otrzewnéj z powodów traumatycznych. Pierwszy przypadek Freyera dotyczył 13-letniego chłopca, który zachorował w skutek uderzenia w okolicę wątroby. Rozwinęły się objawy zapalenia otrzewny z zebraniem płynu w jamie brzusznéj. 4-krotna punkcyja, przy któréj wydobyto 47 litrów czystéj żółci, wyzdrowienie. Chory zdrów zupełnie w 10 lat późniéj. Drugi przypadek Barlowa. Mężczyzna 43-letni uderzony w brzuch z prawéj strony. Zebranie znacznéj ilości płynu w jamie otrzewny, pięciokrotne przekłócie trójgrańcem, przyczém wypuszczano po 7—9 litrów żółci, wyzdrowienie. Trzeci przypadek Uhdego. Urzędnik kolejowy przygnieciony pomiędzy buforami. Objawy zapalenia otrzewny z zebraniem się płynnéj wydzieliny. Dwukrotne przekłócie. Wyzdrowienie. (Sam Uhde ogłosił późniéj w archiwie Langenbecka, że chory umarł w skutek następczych ropni w jamie otrzewny). Nakoniec Landau [2]) powiada, że dość często w przebiegu pooperacyjnego leczenia bąblowców wątroby wydarza się, że żółć ze zranionego miąższu wątroby do jamy otrzewnéj spływa, a niekiedy i na opatrunek przesiąka, co jednak zazwyczaj złych następstw za sobą nie pociąga. Możliwość więc wnikania żółci do jamy otrzewnéj, bez wywoływania następczego rozlanego zapalenia otrzewny, jest faktem niezbitym i żadnéj nieulegającym wątpliwości. Zauważyć zaraz muszę, że we wszystkich przytoczonych, szczęśliwie zakończonych przypadkach wylania się żółci do jamy otrzewnéj, żółć była zawsze prawidłowego składu, trafiało się to bowiem u osób zkądinąd zdrowych i nagłemu przypadkowi uległych. Inaczéj się rzecz ma, jeśli mamy do czynienia z żółcią chorobowo zmienioną, choćby tylko w skutek zastoju jéj w wątrobie. Dla tego téż pęknięcie pęcherzyka żółciowego, rozciągniętego nadmiernie przez nagromadzoną w nim zawartość, lub przedziurawionego od wewnątrz przez uwięźnięte w ścianach jego kamienie, zawsze bywa śmiertelném. Zachodzi tu więc pewna analogija z tém, co wykazał niedawno Trzebicky [3]) co do moczu, który podług jego doświadczeń wtedy dopiero własności drażniących nabiera i wylany do otrzewny zapalenie jéj wywołuje, gdy w skutek zastoju w pęcherzu moczowym, moczowodach lub miedniczkach nerkowych, nieprawidłowéj uległ fermentacyi.

Wiedząc już, że rany pęcherzyka żółciowego nie są bezwarunkowo śmiertelne, powinniśmy, gdybyśmy się niewątpliwie w obec takiéj rany znaleźli, przystąpić natychmiast do czynnéj pomocy. Jeśli pęcherzyk żółciowy zraniony jest przez narzędzie lub pocisk, które wniknęły doń przez uszkodzoną ścianę brzuszną, wówczas wypływająca z rany żółć wszelką wątpliwość w téj mierze usunie. Jeśli jednak pęknięcie pęcherzyka nastąpiło bez równoczesnego uszkodzenia ściany brzusznéj, wówczas wydarzyć się może, iż niepewne rozpoznanie wstrzyma nas od zbyt czynnego wystąpienia. Otóż za ważną wskazówkę, świadczącą o uszkodzeniu dróg żółciowych (lub wątroby), posłużyć nam tu może żółtaczka, która w takich razach niechybnie się rozwija w skutek wessania przez błonę surowiczą wylanéj do niéj żółci. O ważności téj wskazówki przekonywają nas doświadczenia Boströma podjęte na zwierzętach, a potwierdza ją spostrzeżenie Courvoisiera [1]). Dotyczy ono choréj, któréj Courvoisier wykonał wycięcie pęcherzyka żółciowego, przyczém oddzielenie pęcherzyka od miąższu wątroby przedstawiało wiele trudności. Otóż w 14 godzin po operacyi opatrunek przesiąknął żółcią, prawdopodobnie z obnażonego miąższu wątroby ściekającą. Na drugi dzień wystąpiła żółtaczka. Chora wyzdrowiała.

Gdybyśmy tedy mieli przyczynę mniemać, że mamy do czynienia ze zranieniem przewodów żółciowych, wówczas powinnibyśmy przedewszystkiém zrobić laparotomiję, a następnie zastósować resztę postępowania naszego do rodzaju i miejsca uszkodzenia. Jeśli uszkodzony jest sam pęcherzyk, wówczas mamy przed sobą dwie drogi, a mianowicie: zeszycie rany w pęcherzyku, albo wycięcie jego. Zeszycie rany w ścianie pęcherza żółciowego, dokonane za pomocą szwów Lemberta, przedstawiałoby te same niedogodności, o jakich wspominaliśmy przy opisie cholecystotomii wykonanéj sposobem Spencer Wellsa, która, jak wiemy, jest już dziś porzucona; pozostałoby nam więc tylko uciec się do wycięcia pęcherzyka, do cholecystektomii, która w takim przypadku nie powinnaby być trudna do wykonania, bo operując w częściach zkądinąd zdrowych, nie powinniśmy napotkać zrostów, oddzielenie których główną trudność operacyjną stanowi. Gdybyśmy znaleźli zraniony przewód żółciowy wspólny, wówczas moglibyśmy bądź zeszyć ranę w jego ściankach przy zranieniu jego częściowém, bocznem, jak to radzi zrobić Langenbuch, po wycięciu uwięźniętego w *ductus choledochus* kamienia, bądź téż przy przecięciu zupełném, na oba przecięte końce przewodu nałożyć ligaturę, a żółci drogę otworzyć przez utworzenie przetoki pęcherzykowo - kiszkowéj. Zranienie przewodu wątrobowego ze względu na głębokie jego położenie i co zatém idzie utrudniony doń dostęp, bardzo mało jest prawdopodobne.

Takie są wskazówki postępowania chirurgicznego w obec traumatycznych uszkodzeń dróg żółciowych, jakie możnaby wyprowadzić na zasadzie powyżéj przytoczonych faktów. Czy prędko w ogóle nadarzy się sposobność teoretyczne te wskazania wprowadzić w wykonanie i czy w praktyce okażą się one ściśle odpowiadającemi potrzebie, przesądzać trudno, myślę jednak, że nie wolno w każdym razie, idąc za Witzlem, nie uznawać możności dalszego postępu na téj drodze. Jeśli bowiem w ogóle zdobyczom myśli i postępom wiedzy ludzkiéj nie mamy prawa zakreślać granic, to taka niewiara w konieczność przyszłych udoskonaleń szczególniéj razić winna w obec chirurgii, która na zasadzie najświeższych naukowych zdobyczy sięgając dzisiaj śmiało ręką i zwycięzkim nożem narządów ćwierć wieku temu dostępnych li tylko myśli (*punctio atrii dextri cordis*, *resectio pulmonum*, *incisio peri-*

[1]) *Röhman. Pflügers Archiv. Bd. XXIX* (Roth l. c. p. 136). — [2]) *Landau. Zur Operation der Echinococcen der Bauchhöhle, besonders der Leber. Archiv für klinische Chirurgie herausgegeben von B. v. Langenbeck* T. XXVIII, p. 720. [3]) Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego r. 1887. Zeszyt II

[1]) Roth l. c. p. 138.

cardii, excisio totius ventriculi), tak szybkim krokiem do doskonałości dziełom ludzkim dostępnéj się zbliża, że bez zarozumiałości przybrać może hardą dewizę: „*Quo non ascendam?!*“

II. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznéj.

Przez Dra B. Wicherkiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Według mego dość obszernego doświadczenia nie ulega to żadnéj wątpliwości, że podskórne zastrzykiwania kokainu sprowadzić mogą zupełnie wystarczające znieczulenie, aby pewne ważniejsze operacyje oczne, wykonywane według dawnego zwyczaju tylko po zupełném uśpieniu chorego, wykonać bez bólu dla chorego, lecz i bez wpływu ujemnego na przebieg operacyi. Rozumie się samo przez się, że chcąc zapobiedz zakażeniu, a zatém operować aseptycznie, winniśmy rozczyn kokainowy świeżo przygotować lub przez dodanie odpowiednich czynników antyseptycznych utrzymać go w stanie wolnym od zarazków zakaźnych.

Dla zupełnéj pewności przyrządzam sobie rozczyn ten sam i to w następujący sposób: roztwór sublimatowy 1:10000, do którego dodaję nieco soli kuchennej, gotuję, przecedzam, a po ostudzeniu dodaję do niego dwuchlorek kokainu w stosunku jak 3:4 lub 5 do 100. Rozczyn ten zachowuję w buteleczce dobrze oczyszczonéj i silniejszym rozczynem sublimatowym wypłukanéj a zapewnić mogę, że tygodnie całe daje się on przechować, nie mętniejąc ani nie tracąc na swéj skuteczności. Strzykawkę Pravaza przed użyciem przepłukuję sublimatem a igłę zanurzam w czystym wyskoku i oczyszczam.

Chcąc kokain zastósować pod spojówkę unosimy fałd jéj szczypczykami zaopatrzonemi w końce kauczukowe, aby spojówki nie ranić i pod ten fałd wprowadzamy igłę stosownie do wymagań okolicznościowych na kilka lub kilkanaście milimetrów, poczém płyn wypychamy, nadając końcowi igły różny kierunek. W przypadkach narośli podspojówkowych i oczodołowych wstrzykujemy płyn kokainowy w tkankę łączną oczodołową, a nawet w samo utkanie nowotworu.

Gdy chodzi o wyjęcie gałki, wypada wstrzykiwania takie zrobić w kilku miejscach, a przynajmniéj w kierunku czterech mięśni prostych, dobrze zaś wywracając gałkę ku nosowi piąte zrobić wstrzyknięcie w okolicy tylnego bieguna gałki, ostatnie winno także starannie być wykonaném w razach, gdy chodzi o przecięcie nerwów ocznego i oczodołowych (*neurotomia optico-ciliaris*). Niepotrzebuję niezawodnie dodawać, że wszystkie te zastrzykiwania poprzedzone być winny wkropleniem kokainu do worka spojówkowego.

Ile zaś nakłóć zrobić i ile użyć płynu kokainowego, wskazać powinien każdy poszczególny przypadek operacyjny, gdyż pewnych prawideł ustanowić tutaj nie można. W każdym jednak razie pamiętać trzeba, że w luźnéj tkance podspojówkowéj daleko łatwiéj płyn się rozdziela aniżeli gdy go pod skórę wstrzykujemy.

Przy operacyjach więc na powiekach, ich otoczeniu lub odległych miejscach, które dla tamtych mają nam dać materyjał (transplantacyje) zastępczy, jak w ogóle przy zastrzykiwaniach podskórnych w celu wykonania operacyj chirurgicznych uwzględnić nam to wypadnie.

Gdy chodzi o małe pole operacyjne, wystarcza zazwyczaj zrobić w otoczeniu miejsca mającego być operowaném 3—4 nakłóć w odpowiednich od siebie odległościach (10—15mm.) używając przytém pół strzykawki rozczynu kokainowego. Winniśmy atoli przytém baczyć na to, aby igłę pod skórę wprowadzić dość głęboko a przy wyciąganiu jéj stopniowo tłokiem płyn ze sikawki wyciskać.

Mając przed sobą większy obszar ciała przedstawiającego pole operacyjne, winniśmy w liczniejszych miejscach zapuszczać igłę i użyć oczywiście do tego większéj ilości płynu.

Przy operacyjach ocznych największa ilość spotrzebowana dotychczas przezemnie nie przewyższała 1 $^1/_2$ strzykawki Pravaza.

Skoro zastrzykiwania te robimy w tkankę względnie zdrową, natenczas zaledwo one choremu dają się we znaki, mogą zaś wywołać zupełne znieczulenie, tak że operowany przy cięciach zachowuje się obojętnie. Skoro je atoli stosujemy do tkanki, która była siedliskiem zapalenia lub znajduje się jeszcze w stanie przekrwienia, natenczas już same wstrzykiwania wywołać mogą dość przykre palenie, a rzadko kiedy w takich razach obejdzie się przy operacyi bez bólu, lubo wypowiedzieć mi wypada przekonanie, iż w takich razach nie mogąc zastosować uśpienia, oszczędzimy choremu przez zastrzykiwania kokainu bardzo wiele dolegliwości. Wypada mi jeszcze dodać, iż zastrzykiwania te tak podskórne jak i podspojówkowe nie bezpośrednio przed operacyją ale najmniéj na 10 minut przed nią zrobione być winny. Jeszcze 50—60 minut po zastrzyknięciu tkanka pozostaje znieczuloną i dla operacyi bezbolesną. Zupełnie odmiennie pod tym względem zachowuje się kokain przy podpowierzchownem aniżeli przy powierzchownem wstrzykiwaniu (do worka spojówkowego). W ostatnim bowiem razie znieczulenie już po kilku minutach nastaje, aby dość szybko (po 10 minutach) znowu zniknąć.

Nie zdarzało mi się nigdy dotychczas przez zastrzykiwania kokainowe wywołać groźniejszych jakich objawów otrucia. Niekiedy spostrzegałem tylko zbyt silne oddziaływanie na naczynia, objawiające się tém, iż chory blednąc czuje, iż siły go opuszczają a pokrywa się zimnym potem na twarzy; lecz i do tego stopnia działania kokainu nie dopuściłem zbyt często, gdyż ze wszystkiém na setki przypadków, w których środek ten, czy to zewnętrznie czy podskórnie był używanym, przypominam sobie tylko podobne objawy u dwóch, najwyżéj trzech chorych. Co prawda ilość płynu przezemnie używana do wstrzykiwań nie jest znaczną, a jestem przekonany, iż w ogóle małemi ilościami wystarczyć można, byle tylko trzymać się zasady powyżéj przytoczonéj a polegającéj na tém, ażeby igłę zanurzyć głęboko i przy wyciąganiu drobniutkie ilości płynu wytłaczać. Że przy małych nawet ilościach nie zawsze unikniemy objawów otrucia, podczas gdy wielkie nawet dawki stosunkowo bezkarnie bywają znoszone, polega po prostu na tém, iż co do tego środka jak i przy wielu innych wrażliwość szerokie zatacza granice.

I tak przypominam sobie, iż w jednym z owych przypadków, w których sam miałem sposobność zauważyć zbyt szybkie działanie kokainu na ogólny ustrój, chory, któremu zaledwie $^1/_6$ część sikawki Pravaza 2% rozczynu wstrzyknąłem do przewodu nosowego w celu sondowania tegoż, zbladły zaczął ziewać a pokrywszy się zimnym potem, niebawem utracił przytomność, która powróciła szybko po podsunięciu pod nos buteleczki zawierającéj amylnitrit.

W każdym razie poleca się użycie małych tylko dawek, gdy zaś potrzebujemy większéj ilości płynu, natenczas 2$^1/_2$% rozczyn wystarczyć nam powinien. Wcale zaś nie rozumiem,

jak można używać rozczynów 10 i 15%, które nie tylko zwiększają niebezpieczeństwo zatrucia, ale nadto przy samém zastósowywaniu nieraz dość dokuczliwy ból wywołać zwykły.

Rękoczyny, przy których bezboleśnie wykonywałem operacyje stosując kokain podskórnie, były następujące: wyłuszczenia małych narośli, jakoto: kaszaków, raków, mięsaków, tłuszczaków, dalej krwawe zwalniania wywróconych powiek, przemieszczenia znacznych bezmostkowych płatów skórnych, wyluszczanie zwyrodniałych chrząstek, wreszcie operacyje zwisania powieki. Pod wpływem działania kokainu wstrzykniętego pod spojówkę wykonywałem przemieszczenia mięśni ku przodowi, wyłuszczałem narośle spojówkowe i oczodołowe, przecinałem nerwy wzrokowe i rzęskowe, a kilka razy wyłuszczyłem nawet gałkę. Ostatnia operacyja może tylko natenczas bez bólu być wykonaną, jeżeli gałka mająca być wyjętą uległa już dawno zanikowi i przedstawia kikut; albo gdy ani sama ani też otaczająca ją tkanka nie znajduje się w stanie zapalnym; w przeciwnym bowiem razie, mimo wszechstronnego użycia kokainu (na i pod spojówkę, jakoteż w blaszkę Tenona) nie obędzie się przy wyjęciu bez znacznego bólu, którego chcąc operowanemu oszczędzić, z samego początku przystąpić winniśmy do uśpienia i ogólnego znieczulenia chorego.

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiej.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzej Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

W obec téj ważnéj roli, jaką przypisuję pseudokanalikom, nasuwa się nam kwestyja ich powstania. Moje zapatrywanie pod tym względem wynika samo przez się z obrazów mikroskopowych, jakie powyżéj naszkicowałem w moich trzech przypadkach. Bezpośredni ich związek z pozostałemi beleczkami komórek wątrobowych, zupełnie bierne zachowanie się przewodów żółciowych, powstawanie tych pseudokanalików niekiedy w pobliżu żyłki środkowéj lub w ogóle niezależne od przestworów międzyzrazikowych, w których przebiegają przewody żółciowe, wreszcie charakterystyczne zmiany na komórkach wątrobowych graniczących z tkanką łączną, mianowicie objawy bujnéj proliferacyi, wszystko są-to momenty przemawiające za pochodzeniem pseudokanalików z komórek wątrobowych.

Moje powyższe zapatrywanie na histogenezę pseudokanalików zgadza się zatém z autorem, który je pierwszy opisał, t. j. E. Wagnerem [1]). Zdania innych autorów pod tym względem różnią się znacznie. Jedni uważają pseudokanaliki jako produkt nowotwórczy istniejących przewodów żółciowych (Waldeyer, Zenker, Ackermann, Friedländer), inni zaś uważają je jako komórki wątrobowe zanikowe (Cornil, Sabourin, Brieger, Posner, Klebs, Perls i inni). Z moich obrazów mikroskopowych wynika z wielkiém prawdopodobieństwem pochodzenie pseudokanalików z komórek wątrobowych i w tém zapatrywanie moje jest zgodne z drugą grupą autorów. Szczególnie Cornil i Ranvier [2]) stanowczo oświadczają się za pochodzeniem tych tworów z komórek wątrobowych, jednak zupełnie w inném znaczeniu niż ja: „*Celles ci* (komórki wątrobowe) *comprimées, atrophiées, aplaties, transformées sont devenues l'épithélium des pseudocanalicules... les cellules hépatiques après avoir perdu leur forme spécifique réviennent á l'état embryonnaire et les trabécules se transforment en tubes composés des cellules indifferentes.*" Podobnie wyraża się i Brieger [1]). Według moich spostrzeżeń nie jestto bynajmniéj zanik komórek wątrobowych, który z nich czyni pseudokanaliki, ale sprawa wprost przeciwna, mianowicie ich proliferacyja. Tworami jednak téj proliferacyi nie są prawidłowe komórki wątrobowe, lecz w skutek zmienionych warunków, w jakich się te komórki znajdują (bujanie tkanki łącznéj w otoczeniu) komórki o wiele mniejsze, mianowicie komórki przybłonkowe, które straciły swój charakter swoisty, a przybrały rolę komórek wyścielających pewne przewody gruczołów.

Z eksperymentów Schmulewicza i Aspada, Simona i Schiffa [2]) wynika, że krew żyły bramnéj jest niezbędną do prawidłowego wydzielania żółci. Nic zatém dziwnego, że skoro tylko komórki wątrobowe zostaną odcięte od dowozu krwi z żyły bramnéj, cecha ich swoista zmienić się musi. W sprawach marskości komórki wątrobowe zostają właśnie odcięte od dowozu krwi z żyły bramnéj, obliterują tu tak gałązki żyły bramnéj międzyzrazikowe, jakoteż naczynia właściwe przyprowadzające krew z żyły bramnéj, a komórki wątrobowe otoczone tkanką łączną zostają odżywiane krwią z naczyń włosowych tętniczych w tejże tkance łącznéj nowowytworzonych. Komórki wątrobowe otoczone tkanką łączną są zatém tak jak komórki przybłonkowe przewodów żółciowych odżywiane krwią tętniczą, beleczki ich przemieniać się muszą w przewody żółciowe, których celem byłoby teraz przeprowadzić żółć wytwarzaną przez komórki wątrobowe jeszcze żółć wydzielające. Czy są w stanie sprostać temu zadaniu, to inne pytanie, nad którém przyjdzie mi się zastanowić.

Ackermann uważa pseudokanaliki za drogi wydzielnicze. Toby zapewne było ich przeznaczenie, trudno jednak pojąć, co mają przeprowadzać takie kanaliki w gruzełku, kilaku, bliznach i t. d. To samo pytanie możnaby zadać co do licznych kanalików moczowych przy większych naciekach gruźliczych, blizen po infarkt [illegible] (w nerkach) i w ogóle we wszystkich narządach zawierających przybłonki. Najnaturalniejszém jest w takich razach przypuszczenie, że przybłonki pod wpływem téj saméj szkodliwości, która sprowadza zmiany nowotwórcze w tkance łącznéj, ulegają także sprawie proliferacyjnéj, jeśli tylko dowóz krwi odżywczéj jest dostatecznym. Jak w nerc[illegible] swoiste przybłonki kanalików krętych uległszy sprawie proliferacyjnéj tracą swoją cechę swoistą (kształt stożkowaty z pierwoszczem laseczkowatém), a tworzą tylko komórki przybłonkowe z cechą embryjonalną, tj. najprymitywniejszą, tak i komórki wątrobowe proliferując w ogniskach zapalnych wyda[illegible]ą tylko komórki przybłonkowe a nie wątrobowe.

Mój opis pseudokanalików różni się znacznie od opisu, jaki dla nich podaje A[illegible]. Na pseudokanalikach w moich przypadkach nie spotykałem prawie nigdy światła, którebym musiał był widzieć na przekrojach poprzecznych. Na tych ostatnich nie spotykałem żadnego przestworu wolnego, oprócz wspomnianego dosyć znacznego odstępu między grupą komórek przybłonkowych a ich osłonką. Gdzie zatém masa użyta do nastrzykiwania Ackermanna, któremu miało się udać

---

[1]) Ackermann l. c. pag. 426 i 427. — [2]) *Manuel d'histologie pathologique* 2 wyd. pag. 425.

[1]) *Virchows Archiv* t. 75 pag. 85. — [2]) *Hermanns Lehrbuch der Physiologie* t. V pag. 240.

nastrzyknięcie tych kanalików, wnikała, nie mogę sobie wyobrazić ani z opisów Ackermanna, ani z jego rycin. Możebność nie jest wcale wykluczona, że masa injekcyjna Ackermanna wniknęła do przewodów żółciowych międzyzrazikowych, a z tych w skutek zbytniego parcia do naczyń limfatycznych lub krwionośnych; wszak sam Ackermann przyznaje, że ilość pseudokanalików była większą na preparatach nastrzykniętych niż na nienastrzykniętych, a nie dodaje, czy wszędzie około masy injekcyjnéj był pokład przybłonkowy.

Z mojéj histogenezy pseudokanalików wynikałoby, że ponieważ powstają one z beleczek komórek wątrobowych, odpowiadać muszą przebiegowi naczyń żółciowych włosowatych. I tego téż jestem zdania. Zarzut, jaki przeciw temu podnosi Ackermann, że mianowicie w zrazikach oddzielone są one od sąsiednich komórek wątrobowych tkanką łączną, upada w obec mojéj histogenezy, bo te pseudokanaliki powstały właśnie z beleczek komórek wątrobowych, w których przebiegają włosowate naczynia żółciowe. Z tego jednak bynajmniéj nie wynika, jakoby pseudokanaliki trzymały się tylko dawnych dróg włosowatych żółciowych. Siedzibą ich pierwotną są mieszki komórek wątrobowych (*Leberzellenschläuche* w znaczeniu nie Klebsa lecz E. Wagnera). Tkanka łączna bujająca wśródzrazikowo na licznych miejscach przerywa te mieszki, a tém samém i ciągłość pseudokanalików, powstać tu zatém muszą liczne ślepe zakończenia i wypustki (alweole wyżéj opisane), których istnieniu przeczy Ackermann, które jednak w moich przypadkach z całą dokładnością względnie dosyć często spotykałem. Gdyby nastrzyknięcie tych kanalików było możebném, nie powinnaby nigdy nastąpić żółtaczka w przebiegu marskości zwłaszcza przerostowéj, w któréj właśnie jest ich najwięcéj. A przecież w téj ostatniéj chorobie żółtaczka jest tak częstém zjawiskiem, że ją niektórzy autorowie uważają za patognomoniczną dla téj choroby. Pseudokanaliki bardzo źle spełniają swoją rolę.

W. Podwyssocki jun.[1]), który na drodze doświadczalnéj badał nowotworzenie pseudokanalików, przyszedł do odmiennych wyników niż moje. To mnie zmusiło do powtórzenia jego doświadczeń w kierunku histogenezy pseudokanalików. W 3ch doświadczeniach (Nr. 23, 25 i 26 mego protokółu o marskości eksperymentalnéj) podjętych w celu wykazania udziału komórek wątrobowych i przybłonków kanalików żółciowych w sprawie regeneracyjnéj po urazach przyszedłem do odmiennych wyników niż Podwyssozki. Gdzie obrazy anatomiczno-histologiczne zgadzają się z jego obrazami, muszę im nadać zupełnie inne, często wprost przeciwne, znaczenie niż ten autor. Przedewszystkiém stwierdzić muszę, że po urazie (wycięciu kawałka klinowatego z brzegu wątroby) przychodzi tylko do wytworzenia blizny, któréj charakter, mianowicie składniki histologiczne nie świadczą za tém, jakoby tu przychodziło do regeneracyi miąższu w całém tego słowa znaczeniu, tj. do wytworzenia w miejscu ubytku miąższu prawidłowego.

Doświadczenia Nr. 23 i 25. U dobrze odżywionych dorosłych królików wyciąłem po 24-godzinnym poście klinowaty kawałek z przedniego brzegu jednego z płatów wątroby. Rany na brzegach wyciętych zagoiły się bez żadnego powikłania. Po 8 dniach zabito oba króliki uderzeniem w kark. Ubytek na brzegu wątroby znacznie mniejszy przedstawia się tylko jako lekkie zagłębienie tego brzegu, z którego ciągnie się do głębi na $\frac{1}{2}$ cm. długa a około 1 mm. szeroka, biaława blizna, spajając w większéj części brzegi pierwotnie się rozchodzące. Preparaty stwardniałe częścią w spirytusie, częścią w rozczynie Fleminga lub Müllera. Badanie mikroskopowe skrawków obejmujących bliznę i przylegający miąższ wykazało: powierzchowne warstwy zrazików, przylegające do blizny, wykazują znaczne rozmnożenie komórek wątrobowych. Te nowo powstałe komórki są znacznie mniejsze od prawidłowych, obrysy ich zbliżając się ku bliźnie coraz mniéj wyraźne, naczynia włosowate zupełnie niewidoczne, tak że jedna komórka bezpośrednio przylega do drugiéj, aż wreszcie na saméj granicy blizny pierwoszcze ich traci granicę, a w skutek tego jądra bardzo blisko obok siebie ułożone zdają się leżeć w jednéj masie pierwoszcza. Jądra te są wielkie, ostro konturowane i niczém nie różnią się od jąder prawidłowych komórek wątrobowych. W bliźnie saméj, składającéj się z tkanki łącznéj, znajduje się nieznaczna ilość komórek limfoidalnych i wyraźnie wrzecionowatych, natomiast mnóstwo komórek o jądrach wielkich, lekko owalnych lub zupełnie okrągłych. Naokoło wielu z tych jąder znajduje się ziarnisty barwik żółciowy. Na niektórych miejscach jądra te są obok siebie gęściéj nagromadzone i ułożone w masie jednostajnego wejrzenia z ziarnistym bilirubinem. Takie konglomeraty jąder przedstawiają się zupełnie jak komórki olbrzymie gruźlicze, przedstawiając te same różnice w kształcie, wielkości i rozmieszczeniu jąder. W masie jednostajnéj odpowiadającéj jednéj komórce olbrzymiéj znajduje się niekiedy jedno lub dwa jądra, w innych razach jest ich ogromne mnóstwo. W ogóle rozmaitość pod tym względem przypomina w zupełności gruźlicę. Te komórki olbrzymie znajdują się w przestworze tkanki łącznéj, a masa jednostajna zwykle nie przylega do ścian tego przestworu. Ściana jednak tego przestworu nie przedstawia się jakoby należała do jakiegoś przewodu dawniéj istniejącego. Za pseudokanaliki możnaby uważać gdzieniegdzie szereg jąder przybłonkowych lekko owalnych lub okrągłych. Szeregi te nie są jednak regularne, a o świetle jakiémś nie może być mowy, lub jeżeli to światło znajdujemy, nie leży ono równolegle z osią kanalików, ale prostopadle do niéj. Niekiedy jest takich świateł więcéj, a w zupełności przypominają one naczynia żółciowe włosowate znajdujące się między prawidłowemi komórkami wątrobowemi. Ślepo kończące się wypustki podobnie jak Podwyssozki i ja mogłem często na nich zauważyć. Związku ich z prawdziwemi kanalikami żółciowemi nie odkryłem nigdzie, natomiast często związek ten widziałem między niemi a komórkami wątrobowemi, bujającemi w przyległych warstwach miąższu. Przewody żółciowe prawdziwe, które jako takie łatwo rozpoznać można po ich ścianach i przybłonkach, zachowują się najzupełniéj biernie, przybłonki ich w obrębie blizny są zupełnie prawidłowe. Często wprawdzie widziałem w nich nagromadzenie przybłonków większe niż w stosunkach prawidłowych, nigdy jednak mitoz na nich nie spostrzegłem.

U drugiego królika obraz histologiczny blizny o tyle się różnił od pierwszego, że tutaj ta tkanka bliznowata zawierała więcéj jąder wrzecionowatych, a nie było w niéj komórek olbrzymich. Natomiast znajdowałem tu więcéj pseudokanalików. W częściach blizny graniczących z miąższem znajdowałem pojedyncze komórki wątrobowe lub mniejsze ich grupy. Większość tych komórek okazywała różne stopnie rozpadu z ziarnistym barwikiem, ale niektóre z nich znajdowały się

---

[1]) *Untersuchungen über die Regeneration des Lebergewebes. Beiträge zur path. Anatomie v. Ziegler et Nauwerck* I, 3, 1886.

w stanie proliferacyjnym, czego objawem były mitozy na ich jądrach. Również często spotykałem mitozy na komórkach wątrobowych graniczących z blizną. Z takiéj grupy komórek wątrobowych znajdującéj się częścią w stanie postępującego zaniku, częścią proliferacyi, wychodził mniéj lub więcéj regularny szereg komórek przybłonkowych (pseudokanalików).

Doświadczenie 26te. U dobrze odżywionego, dorosłego królika wyciąłem z brzegu wątroby kawałek klinowaty. Królika zabito w 25 dniu po operacyi. W tym przypadku blizna była daleko rozległejszą, niż w przypadkach tamtych, a wątroba była w miejscu zranienia przyrosła do ściany brzusznéj. Blizna okazywała dalszy stopień organizacyi. Granica jéj z miąższem była na pewnych miejscach ostrą, na innych wysełała wypustki do sąsiedniego miąższu. Wypustki te były widocznie daty młodszéj, bo zawierały znacznie więcéj leukocytów niż blizna. W tych miejscach miąższ wątroby przedstawiał zwyczajny obraz marskości około- i wśródzrazikowéj (*peri- et intralobularis*). W bliźnie, która, jak wspomniałem, była dosyć rozległa i zawierała po większéj części więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych, znajdowały się wyspy miąższu wątrobowego różnéj wielkości, jakotéż pojedyncze komórki wątrobowe. Tak komórki wątrobowe w grupach jakotéż pojedynczo znajdujące się w tkance bliznowatéj okazywały różne stopnie zaniku barwikowego. Często obok wyraźnych objawów rozpadu pierwoszcza były jądra jeszcze prawidłowe. Najważniejszém zjawiskiem w takiéj wyspie miąższu było zlewanie się niektórych komórek wątrobowych w jednę masę jednolitą, w któréj znajdowały się liczne ziarna barwika. Jądra takich zlanych ze sobą komórek barwiły się jużto dosyć silnie, jużto mniéj, obrysy ich były po większéj części ostre. Ilość jąder stosunkowo do owéj jednostajnéj masy była niekiedy bardzo mała (1—2). Sąto w ogóle różne postacie komórek olbrzymich, których powstanie przez spłynięcie pierwoszcza z sąsiednich komórek wątrobowych nie ulega w tym razie najmniejszéj wątpliwości. Wykazują to z całą dokładnością obrazy przejściowe, gdzie z jednéj strony takiéj grupy komórek wątrobowych widzimy jeszcze dokładne obrysy pierwoszcza, a daléj obrysy te znikają, pierwoszcze staje się jednolitém i powstaje obraz komórki olbrzymiéj. Momentem wpływającym na powstawanie komórek olbrzymich są wypustki tkanki łącznéj wychodzące z obwodu takiéj wyspy do ich wnętrza i dzielące ją drugorzędnie na mniejsze grupy. Powstaje w ten sposób siatka, w któréj oczkach znajdujemy jużto prawidłowe jeszcze komórki wątrobowe, jużto poczynające z sobą spływać, jużto wreszcie komórki olbrzymie. W tych grupach komórek wątrobowych, będących na drodze przemiany w komórki olbrzymie lub rozpadu, znajdują się daléj masy brunatno zielonawe, które swym kształtem i rozgałęzieniami odpowiadają naczyniom włosowatym śródzrazikowym. Jądra, przypominające wielkością leukocyty, znajdują się w téj masie rozprószone. Nie jestto nic innego, jak krew w naczyniach włosowatych za życia skrzepła, tromboza naczyń włosowatych. Na innych miejscach tego preparatu krew w naczyniach włosowatych jakotéż i większych jest zupełnie prawidłowa. Ciałka krwi czerwone mają ostre obrysy i silnie barwią się safraninem (preparat z roztworu Fleminga).

Ilość pseudokanalików w saméj bliźnie jest bardzo nieznaczna. Najczęściéj jeszcze spotkać je można w pobliżu miąższu wątrobowego, w którego powierzchowne warstwy wnikają delikatne włókienka tkanki łącznéj. Pseudokanaliki w tych razach komunikują bezpośrednio z komórkami wątrobowemi. W prawdziwych kanalikach żółciowych, znajdujących się w obrębie blizny, są przybłonki albo zupełnie prawidłowe, albo widać na nich bujanie i łuszczenie się. W świetle innych wreszcie znajdują się komórki olbrzymie o jądrach zwykle obwodowo ułożonych. Takie komórki olbrzymie są najczęściéj w kanaliku zupełnie odosobnione lub tylko pewną częścią swego obwodu przylegają do ściany kanalika. W masie jednolitéj zawierającéj różną ilość jąder znajdują się większe i mniejsze ziarna barwika. W jądrach tych komórek olbrzymich, wypełniających światło kanalika, znajdują się wyraźne objawy rozpadu; niektóre z nich mają jeszcze ostre obrysy, ale barwią się mniéj, inne są pokurczone i mają nierówne obrysy. Oprócz komórek wątrobowych, które jeszcze jako takie można rozpoznać, znajdujemy w bliźnie liczne większe i mniejsze konglomeraty ziarnistego barwika, z pośród którego często jeszcze przeświecają jądra ułożone na wzór komórek olbrzymich. Sąto zatém komórki olbrzymie, ulegające zanikowi barwikowemu lub téż sąto tylko zanikające komórki wątrobowe.

Moje spostrzeżenia różniłyby się zatém od spostrzeżeń Podwysockiego co do zachowania się kanalików żółciowych. Wyraźnie uwydatniłem bierne zachowanie się istniejących kanalików w bliźnie. Spotykałem wprawdzie niekiedy na ich przybłonkach zjawiska, z których możnaby sądzić o istniejącéj tu dawniéj proliferacyi, nigdy jednak nie spostrzegłem okrągławych i podobnych wypukleń *(Ausstülpung)* w ścianach kanalików. Wypuklenia takie spotykałem, ale nie na ścianach kanalików żółciowych, lecz na pseudokanalikach. Z nowo wytworzonych kanalików żółciowych, które autor ten wyprowadza z bujania kanalików dawniéj istniejących, mają się według niego tworzyć prawdziwe komórki wątrobowe, a mianowicie w dwojaki sposób: 1) przybłonki kanalików przemieniają się bezpośrednio w komórki wątrobowe, 2) pokład przybłonkowy przewodów żółciowych spływa w konglomeraty podobne do komórek olbrzymich, z tych wreszcie tworzą się komórki wątrobowe.

I jednemu i drugiemu twierdzeniu muszę zaprzeczyć. Co do pierwszego, to nie widziałem ani jednego obrazu, któryby świadczył za przemianą komórki przybłonkowéj w wątrobową, ale przeciwnie z komórek wątrobowych powstają przez proliferacyę komórki małe przybłonkowe obojętne. Większość komórek wątrobowych oddzielonych od całości zrazików ulega zanikowi; często jednak przed tym zanikiem spostrzegamy na nich czynności produktywne, a rezultatem tego są pseudokanaliki. Na brzegach rany powierzchowne warstwy miąższu w skutek zapalenia zanikać muszą, charakter tego zapalenia jest ten sam co marskości zanikowéj. Następuje tu w powierzchownych warstwach miąższu nowotworzenie tkanki łącznéj między- i śródzrazikowéj. Miąższ wątrobowy w miarę tworzenia się tkanki łącznéj zanika, tworzy się blizna mniéj lub więcéj głęboka do miąższu sięgająca. Dążność do nowego wytworzenia się miąższu objawia się w powierzchownych jego warstwach, graniczących z blizną. Powstają tutaj, jak to i Podwysocki zauważył, z dawnych komórek wątrobowych liczne komórki mniejsze przybłonkowe, większość jednak z tych nowowytworzonych komórek ulega zanikowi barwikowemu, inna część przedstawia się jako pseudokanaliki, inna wreszcie część jako komórki olbrzymie. To co dla Podwysockiego jest objawem przemiany komórki przybłonkowéj w wątrobową, mianowicie wystąpienie w niéj obfitszych ziarn barwika, jest według mojego zapatrywania tylko objawem wstecznym téjże komórki. Jestto zresztą

bardzo zwyczajny objaw w patologii, że komórki wśród swych przemian wstecznych napawają się barwikiem, jak znów wśród przemian ich progresywnych zjawisko to nie jest dotąd udowodnione, zwłaszcza napawanie się tak obfite, jakie na tych komórkach uważamy. Nie wiedzieć zresztą, jakie znaczenie miałaby komorka wątrobowa wśród tkanki łącznéj bliznowatéj, a takie bezcelowości w naturze się nie zdarzają.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Sprawozdanie o nowszych lekach.

Zestawił Docent Dr. W. Antoni Gluziński.

Wśród lat ostatnich pojawia się tak obfita ilość środków nowych, a o nowym środku tak liczne w rozmaitych czasopismach pojawiają się prace, nieraz sprzeczne ze sobą, że lekarzowi pozbawionemu stykania się bezpośredniego jużto z jakimś zakładem klinicznie prowadzonym, jużto niemającemu ani czasu ani możności zbierania porozrzucanych wiadomości po rozmaitych czasopismach zoryjentowanie się należyte jest trudne a nawet wprost niemożliwe. Chcąc zadanie to czytelnikom Przeglądu Lek. ułatwić, postanowiłem od czasu do czasu w formie sprawozdań podawać treść z prac w pewnym okresie czasu ogłoszonych o pewnym środku. Sądzę, że podejmując to zadanie trafię w myśl Czytelników i rozpoczynam od streszczenia prac ostatnich o

I. Antipyrinie.

Windelbad: *Antipyrin als Ersatz für Chinin beim Keuchhusten. Allgem. med. Zeitung*, 1887, Nr. 1. — 2. Demut: *Zur Behandlung des Keuchhustens. Vereinsblatt der pfälzisch. Aerzte*, 1887, Nr. 6. — 3. Sonnenberger: *Uiber Pathogenese des Keuchhustens, sowie über neue Behandlungsweise dessselben. Deut. med. Woch.*, 1887, Nr. 14. — 4. Martius: *Antipyrin bei Neuralgien. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 2. — 5. G. Sée: *Antipyrin contre les douleurs. Comptes rendus*, 1887. — 7. G. Sée: *Comptes rendus*, 1887. — 7. Suckling: *Brit. med. Journ.*, 1887 Juni. — 8. Mendel: *Die Anwendung des Antipyrin bei Nervenkrankheiten. Therap. Monatshefte*, 1887, Nr. 7. — 9. Gomperz: *Wirksamkeit des Antipyrin bei Otalgia nervosa. Wien. med. Presse*, 1887, Nr. 18. — 10. Wollner: *Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. Münch. med. Woch*, 1887, Nr. 5.

Działanie przeciwgorączkowe środka tego jest znane i przeważnie bywa on w tym celu używany, a zwłaszcza w gośćcu stawowym ostrym, w którym oprócz działania przeciwgorączkowego rozwija jeszcze i działanie swoiste. W ostatnich czasach pojawiły się prace rozszerzające zakres wskazań dla antipyrinu i streszczeniem tych przeważnie się zajmę.

Windelbad (1) poleca antipyrin w krztuścu. Ma on poszczególne napady kaszlu łagodzić i cały przebieg skracać. W. podaje go zawsze z winem stosując dawkę do wieku chorego w formie następującéj:

Rp. *Antipyrini* 1·0
Vini Tokayen.
Aq. destill. *āā* 25·0
Syr. flor. aurant. 50·0
MDS. Co 2 godziny łyżkę.

Niezawiśle od Windelbada tak Demut (2) jak i Sonnenberger (3) podają dodatnie wyniki w krztuścu. Pierwszy podawał antipyrin w rozczynie po 0·1 na dawkę 3—4 razy dziennie u dziecka rocznego, 0·2 u dwurocznego itd.; drugi w proszku w tych samych dawkach. Leczenie powinno trwać dłużéj i bez przerwy, w przeciwnym razie natężenie choroby wraca. Na noc dobrze jest dawać większą dawkę. Dłuższe podawanie antipyrinu znoszą dzieci dobrze.

Wkrótce po pojawieniu się antipyrinu wśród naszego aparatu leczniczego był on polecony przez Withego, Chromiakowa, Ungara i Lépina jako skuteczny środek w bólach głowy szczególnie połowiczych *(Hemicrania)*. Obecnie wskazania jego rozszerzono jeszcze w tym kierunku dzięki pracom Martiusa (4) a zwłaszcza G. Séea (5 i 6). Martius widząc skuteczność antipyrinu przeciw połowiczym bólom głowy stosował go z dobrym wynikiem w rozmaitych nerwobólach zwłaszcza przeciw przeszywającym bólom tabetyków, podobnie jak to zauważył już Lépine. Skutek objawiał się już po 0·50 antipyrinu; jeżeli po 40 minutach nie było skutku, dawkę ponawiał. Obszernie tą sprawą zajął się G. Sée (5), który w licznych przypadkach stwierdził, że antipyrin uspokaja bóle w przewlekłych gośćcach, w napadach ostrych dny, gdzie po 4—6 grm. antipyrinu ustawały bóle w 2—4 dniach. Przedewszystkiém chwali Sée działanie antipyrinu w rozmaitych bólach nerwowych: w połowiczych bólach głowy, w nerwobólach twarzy i odnóg, w bólach głowy różnego gatunku, a szczególnie znów przy przeszywających bólach tabetyków. Antipyrin ma działać również korzystnie w kardijalgijach, stenokardii i *angina pectoris*. Dla usunięcia bólu podaje Sée 3—6grm. antipyrinu w przeciągu 1—3 godzin w wodzie lodowéj. Woda lodowa ma za zadanie wstrzymać mogące wystąpić nudności, wymioty i zawroty głowy. Przy téj dawce jest nieprzyjemném działaniem ubocznem często występująca wysypka na skórze podobna do pokrzywki lub płonicy, która jednak ustępuje, jak tylko dawkę się zmniejszy. Jedném słowem uważa G. Sée antipyrin za jeden z najdzielniejszych środków kojących bóle; chcąc zaś uniknąć szkodliwego działania na żołądek a skuteczność antipyrinu zwiększyć, stosował go Sée (6) w tych samych razach w postaci wstrzykiwań podskórnych ze skutkiem bardzo dobrym. 0·50 antipyrinu rozpuszczonego w takiéj saméj ilości wody stanowiło dawkę. Samo wstrzyknięcie sprawia krótkie uczucie napięcia w skórze, a ból, przeciw któremu środek ten zastósowano, wkrótce ustępuje. G. Sée idzie tak daleko, że działanie wstrzykiwań podskórnych antipyrinu uważa za równorzędne z morfinem a mające tę wyższość, że w wielu razach obok działania uśmierzającego rozwija równocześnie i działanie lecznicze. W téj formie zastósowany antipyrin obok w wyżéj wymienionych razach okazał się skuteczny przeciw 1) kolce żółciowéj i nerkowéj, 2) w bólach przy wadach sercowych, 3) bezdechowi u astmatyków. Sée sądzi, że antipyrin wyprze z czasem w wielu razach morfin i wielu cierpiących uchroni od zapadnięcia w przewlekłe zatrucie.

Spostrzeżenia Séea zwłaszcza co do uśmierzenia bólów przeszywających u tabetyków znalazły potwierdzenie i w Anglii w pracy Sucklinga (7). W jednym z jego przypadków wystarczały dwa proszki po 0·60 antipyrinu, aby na tydzień uśmierzyć bóle, które trwały od 12 miesięcy bez przerwy. Mniéj entuzyjastyczne, jakkolwiek również dodatnie są doniesienia z Niemiec. Mendel (8) po całorocznych doświadczeniach w rozmaitych stanach nerwowych takie wyniki podaje: w połowiczym bólu głowy antipyrin działa skutecznie, nie stoi jednak wyżéj w tym razie od *natr. salicyl.* Dodatnie wyniki otrzymywał Mendel w nerwobólach n. troistego, potylicowego i kulszowego. W kilku przypadkach nerwobólu n. nadoczodołowego *(Intermittens larvata)*, gdzie chinin i arsen podawane były bez skutku, otrzymywał prędkie wyleczenie antipyrinem. Również korzystne działanie można było spo-

strzegać przy zastósowaniu antipyrinu w bólach towarzyszących organicznym zmianom układu nerwowego, np. w *tabes dorsualis*, a nawet w bólach głowy w skutek organicznych cierpień mózgowych (np. nowotwory). W przypadku *caries ossis petrosi*, w którym wszystkie środki okazały się bezskuteczne przeciw towarzyszącym bólom głowy, antipyrin objaw ten łagodził w znacznym stopniu. Natomiast przestrzega przed podawaniem antipyrinu przeciw rozmaitym przypadłościom histeryczek, u których po krótkiéj uldze występuje cały zbiór ubocznych przypadłości. Mendel podawał antipyrin w proszkach w dawce 1grm. trzy razy dziennie, niekiedy powiększał dawkę do 1½ a nawet 2 grm. W tym ostatnim jednak razie występują nieraz przypadłości żołądkowe i ogólne osłabienie. Dla bolesności nie poleca wstrzykiwań podskórnych (wstrzykiwania nie są wcale tak bolesne, — przyp. ref.), w lawatywach działanie niepewne.

Wspomnieć jeszcze muszę, że Gomperz (9) podawał antipyrin w dawce 1—1·50grm. z dobrym skutkiem w *Otalgia nervosa*, a Wollner (10) opisuje przypadek wyleczenia *chorea minor* u dziewczynki 16-letniéj, u któréj poprzednio *Kali bromat.*, *propylamin*, *natr. salicyl.* podawane były bez skutku. Dawka wynosiła trzy razy dziennie po 1grm. Po pierwszych dawkach polepszenie, a po 12 dniach zupełne wyleczenie. (C. d. n.)

Chirurgija.

Kortum: O znaczeniu kreolinu w chirurgii.

Firma hamburska William Pearson i Sp. wyrabia przez suchą destylacyję z najlepszych angielskich węgli kamiennych nowy środek odkażający: kreolin. Sposób otrzymywania tegoż bliżéj nie jest znany. Przetwór ten jest cieczą olejną, ciemnobrunatną, zapachu smoły. Barwą podobny jest nieco do surowego kw. karbolowego, różni się jednakże od niego bardzo łatwą rozpuszczalnością w wodzie w każdym stosunku. Jeźli się puści po ścianie naczynia zawierającego wodę kroplę kreolinu, to powstaje przy zetknięciu się tych dwóch cieczy żywe poruszenie w wodzie; z kropli wysnuwają się białawe nitki, które szybko się powiększają, rozszerzają, aż wreszcie woda bez zakłócenia zamienia się w ciecz mleczną. Ta barwa występuje w rozczynach nawet słabszych niż 1:1000, jednak tylko dopóki są świeże; po kilku dniach zaś przyjmuje rozczyn barwę kawy mlecznéj. Znakomitéj wartości kreolinu, jako środka odkażającego, dowiódł Dr. E. Esmarch (*Centralblatt f. Bakteriologie und Parasitenkunde*, T. II, 10 i 11). Pokazało się, że kreolin, jeźli nie silniéj, to przynajmniéj równie silnie działa, jak kw. karbolowy. Prof. Fröhner (*Archiv für wissenschaftliche u. praktische Thierheilkunde*, 1887, 14) wypróbował działanie tego środka jako leku przeciwpasorzytniczego, szczególnie w parchu, *dermatodectes* owiec i *sarcoptes* psów.

Także w chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego stwierdzono skuteczność kreolinu podawanego wewnętrznie. Prof. Fröhner dowiódł też za pomocą doświadczeń na psach i koniach, że firma Williama Pearsona i Sp. ma słuszność twierdząc, iż kreolin jest całkiem nietrującym, albowiem nawet po podaniu 50,0 nie widział u zwierząt żadnych objawów zatrucia.

Te dwie znakomite własności kreolinu, mianowicie, że działa niszcząco na mikroorganizmy chorobotwórcze, szczególnie ropy, a zarazem nie jest trujący, naprowadziły autora na myśl, że środek ten może mieć wielkie znaczenie w chirurgii.

Pierwszy raz zastósował go w ciężkim przypadku gorączki połogowéj z szerokiem zropieniem i zgorzelą wielkich stawów, wybrał go zaś dla tego, że mu chodziło o środek, któryby można w wielkiéj ilości zastósować nie obawiając się zatrucia. Wypłukał części rodne, tudzież otwarte stawy 1% rozczynem kreolinu i wkrótce znikł odrażający zapach, który przedtém wydawały wszelkie wydzieliny choréj. W przypadku tym były już i w wewnętrznych organach liczne przerzuty, nie udało się więc uratować choréj życia, próba jednak ta zachęciła autora do dalszych. Najpierw zaczął używać opatrunku kreolinowego w obec większych wrzodów podudzia, widząc zaś dobre skutki, także w innych przypadkach w kilka dni po operacyi; przytém wykluczono zupełnie jodoform i sublimat, a wynik okazał się tak pomyślny, że autor prosi kolegów o wypróbowanie tego środka. W obec wrzodów podudzia używano 1—2% rozczynu. Zamoczono w nim kompres gazowy i nie wyciskając go przyłożono na wrzód, następnie poduszki z mchu torfowego i obandażowano. Opatrunek taki pozostawał cztery dni i już po zdjęciu pierwszego opatrunku zauważono znaczną zmianę w dnie wrzodu, mianowicie występowała zdrowa ziarnina, która wkrótce wrzód wypełniała, a następnie równie szybko rana skórą została pokryta. Wiele z tych wrzodów było przedtém leczonych jodoformem, wilgotnym opatrunkiem itd. z bardzo małym skutkiem.

Jako dowód znakomitéj wartości kreolinu przytacza autor dwa przypadki wrzodów goleni wielkości dłoni, z brudną, śmierdzącą, ropną wydzieliną. Jeden z tych chorych miał lat 76. W obu przypadkach wypełniły się wrzody po ośmiu dniach leczenia ziarniną, a po następnych dziesięciu pokryły się i skórą. Równie skutecznym okazał się kreolin i w innych przypadkach, a chorzy także byli z niego zadowoleni, twierdząc, że nie sprawia żadnych bólów.

W ciągu dalszych doświadczeń przekonał się autor, że kreolin działa także bardzo skutecznie przy sekwestrotomijach, resekcyjach kości itd. jako środek wysuszający i ograniczający wydzielinę. Już po jednorazowém wypłukaniu rozczynem kreolinu silnie ropiejących ran zmniejszało się ropienie tak, że autor do wytamponowania rany zaczął używać tamponów zamaczanych w kreolinie (zamiast dotąd używanych jodoformowych) i wyniki miał tak dobre, że odtąd stale kreolinu zamiast jodoformu używa.

Aby skuteczność kreolinu, jako środka odkażającego, ocenić można, przedstawia autor przypadek, w którym działanie jego okazało się nadzwyczaj szybkiém i silném. U chorego, u którego po wielkiéj plastycznéj operacyi rany okazywały złe wejrzenie, a ciepłota dochodziła do 39°C., zastósował przez kilka dni przemywanie ran rozczynem sublimatu, gdy to jednak nie miało skutku, użył rozczynu kreolinu i tego samego dnia wieczorem ciepłota opadła do prawidłowego stanu, a na drugi dzień rany okazywały zdrowe wejrzenie.

Szybkość działania kreolinu spostrzegał autor także w przypadkach operowanych z użyciem przy operacyi tylko rozczynu kreolinu. Jeżeli wypadło czasem opatrunek na drugi dzień zmienić, to rany pod opatrunkiem z kreolinu tak wyglądały, jak pod działaniem innych środków dopiero po 3ch do 4ch dniach.

Jeszcze jednę zaletę ma kreolin, mianowicie jako środek tamujący krwotok. Autorowi udawało się kreolinem daleko łatwiéj zatamować krwotoki miąższowe, niż innemi środkami. Wyraża więc nadzieję, że kreolin ponieważ łączy w sobie zalety jodoformu i sublimatu, a nie ma ich trującego działa-

nia, przytém ogranicza wydzielinę, działa korzystnie na wytwarzanie się ziarniny, a w pewnym stopniu i krwotoki tamuje, wkrótce zajmie ważne miejsce w chirurgii. (*Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 46). *Dr. Rościszewski.*

Choroby weneryczne.

Doc. Schech (Mnichów): **O kile złośliwéj.**

Przypadki kiły złośliwéj należą obecnie w ogóle do rzadkości; częściéj spotykano się z niemi w końcu XV i na początku XVI wieku, bywały nawet wtedy prawidłem. Od kiły złośliwéj należy odróżnić i zupełnie oddzielić kiłę co do przebiegu ciężką. Ciężka kiła polega, jak wiadomo, na umiejscowieniu się zmian odporniejszych, trudniej leczeniem usunąć się dających w ważnych narządach ustroju ludzkiego. W kile złośliwéj oddziaływa już na początku zakażenia cały ustrój, występuje gorączka, nerwobóle, bóle głowy, podupada odżywienie, rozwija się bardzo szybko ogólna chera. Szybko po sobie występują zmiany drugorzędne i trzeciorzędne, z pierwszych wiele postaci równocześnie. Najczęstszą postacią jéj są niesztowice, sprowadzające w wielu miejscach znaczne zniszczenia skóry, następowo i drobnych naczyń; nierzadko dla tego spotykamy się z wynaczynieniami dość obfitemi. W dalszym ciągu dołączają się inne skazy krwi, usposobienie do gnilca. Palenie i swędzenie w okolicy wrzodów odbiera chorym niemi dotkniętym sen i zatruwa im do reszty życie. Jeszcze gorszą co do towarzyszących jéj objawów i dolegliwość jest wysypka guzkowo-zgorzelinowa; tworzą się typowo guzki, za otwarciem których wydziela się ciecz ropiasta, guzki te nie mają dążności do gojenia się.

Leczenie téj postaci kiły wymaga długiego czasu, 6 miesięcy lub rok, a i wtedy jeszcze nie jesteśmy zabezpieczeni od nawrotu choroby. Bardzo często sprowadza kiła złośliwa inne ciężkie choroby następowe lub równoczesne. Mauriac leczył w przypadku kiły złośliwéj, w którym chory w ciągu jednego dnia miał 22 napadów padaczki, po których przez cały następny dzień leżał w śpiączce. Sprawami końcowemi są zwykle zapalenie płuc, róża, lub choroby przewodu pokarmowego wyniszczające. Rokowanie dla tego jest w każdym przypadku kiły złośliwéj niedobre, a leczenie rzadko powinno być zwykłe, przeciwkiłowe. Owszem można powiedzieć, że leczenie tych przypadków rtęcią chorym raczéj szkodzi a nie pomaga, działa bowiem więcéj niż u innych kiłowych trująco i czyni i tak już mało odporne tkanki jeszcze mniéj odpornemi. Z rtęcią należy w ogóle być w takich razach bardzo ostrożnym. Lepiéj za to wyraża się S. o jodku potasu, który i Mauriac radzi (jeśli chorzy go znoszą) podawać w wielkich dawkach; oprócz tego trzeba koniecznie leczyć miejscowo zmiany na skórze. Nadto w pierwszym rzędzie powinno się starać o należyte a posilne odżywienie chorych.

S. zastanowiwszy się nad etyjologiją kiły złośliwéj, przyznaje, że o innéj jakiéjś postaci jadu mówić obecnie nie można, tém mniéj, że osoby, którym zaszczepiono jad kiłowy z osób kiłą złośliwą dotkniętych, kiły złośliwéj nie dostają. Okoliczność, że złośliwe formy kiły pojawiają się najczęściéj w takich okolicach, do których kiłę świeżo zawleczono, gdzie nikt w okolicy poprzednio na kiłę nie chorował, pozwala mu przypuszczać, że kiła złośliwa napada tylko te osoby, których przodkowie w żadném pokoleniu wstecz kiłą dotknięci nie byli. Za tém przemawiałaby, zdaniem S., i ta okoliczność, że na początku zawleczenia kiły przy końcu XV wieku kiła złośliwa należała prawie do reguły, a łagodniejsze jéj postacie bywały tylko wyjątkami. Podstawę do streszczonéj rozprawy dały S. niedawno spostrzegane dwa przypadki kiły złośliwéj, w których rozważne i ostrożne leczenie obydwóch od niechybnéj śmierci wyratowało. (*Münchener med. Wochenschr.* 1887 Nr. 42 i 43). *H. K.*

(*H. K.*) **Nowy sposób poronnego leczenia dymienicy** podaje Mannino w *La Rifor. med.* 1887 Nr. 67 i 68. Za pomocą strzykawki Pravaza wbitéj na szczycie obrzęku wyciąga się parę kropel ropy; przez otworek zrobiony wstrzykuje się do dymienicy strzykawkę pełną 1% rozczynu sublimatu i zakłada opatrunek lekko uciskający, pod którym znajduje się wata łatwo wodę chłonąca. Po dwóch dniach powtarza się to samo, a jeżeli okaże się potrzeba, i trzeci raz, po dalszych dwóch dniach. M. leczył tym sposobem 27 przypadków, we wszystkich szybko powstawało przeobrażenie wsteczne. Leczenie to przypomina zupełnie podane przez Biddera leczenie czéraka w podobny sposób. (*Deutsche med. Wochschr.* 1887, 45).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

XII. zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 5 listopada 1887 r.

Przewodniczący Prof Dr. Kadyi. Obecnych członków 28. Jako goście Drowie Raciborski i Germajer.

Kol. Prus miał wykład o zastósowaniu hypnotyzmu w leczeniu chorób nerwowych. W dyskusyi zabrał najpierwiéj głos kol. protomedyk Biesiadecki, który radby mieć wyjaśnienie w trzech kwestyjach, a mianowicie: 1) Czy hypnotyzowanie udaje się tak u zdrowych jak i u chorych osób; 2) czy pewien osobnik nie wprawia się w téj patologicznéj funkcyi; 3) czy przez hypnotyzowanie, usuwając jedne choroby, nie sprowadza się innych podobnych chorób nerwowych? Przytém dodaje, że sam już widział zgubne skutki hypnotyzmu; a i Charcot nie radzi lekkomyślnie bez pewnego rozumnego celu usypiać nerwowo chorych. — Kol. Szpilman nie uważa hypnotyzmu za stan patologiczny, na dowód zaś przytacza swego krewnego, ucznia medycyny, zupełnie zdrowego, którego obrał sobie prof. C. za najodpowiedniejsze medium z pomiędzy wielu dla celów hypnotycznych. — Kol. Laskiewicz wspomina o wyleczeniu lekkich przypadków chorób umysłowych za pomocą hypnotyzowania; roztrząsa zarazem pytanie, jakie zmiany w mózgu może wywołać hypnotyzowanie, czy przekrwienie, czy niedokrewność, a wreszcie zapytuje się prelegenta, czy są znane przypadki zahypnotyzowania osób niewtajemniczonych. — Kol. Seifman przytacza przypadek wyleczenia chorego z manii przez wyskoczenie z okna, którąto czynność niby mu kazał wypełnić papież, jako mogącą go uleczyć z manii. — Kol. Wehr twierdzi, iż tylko patologiczny ustrój daje się zahypnotyzować, opierając się na rozprawach toczonych w tym przedmiocie na jednym z kongresów w Wiesbadenie. — Kol. Schramm natomiast twierdzi, iż i najzdrowszy mózg przez ćwiczenie, a wreszcie i umęczenie da się zahypnotyzować. — Kol. Czyżewicz zapytuje się prelegenta, czy hypnotyzowanie wywiera jaki wpływ na mięśnie gładkie. — Kol. Pisek przytacza w téj kwestyi hypnotyzmu zdanie niemieckich autorów i wyraża życzenie, żeby podano dokładne wskazania i warunki, wśród których należałoby jąć się hypnotyzowania dla celów leczniczych. — Kol. Bylicki zapytuje się, czy sen hypnotyczny jest rzeczywiście snem, co kol. prelegent sądzi o pierścionku Ochorowicza i co myśli o odhypnotyzowaniu? — Kol. Bylicki uważa hypnotyzowanie za środek wręcz szkodliwy, opierając się na przypadku bardzo dobrze przez się obserwowanym, dotyczącym kobiety, która po za hypnotyzowaniu raz w towarzystwie, dla rozrywki, popadła w cierpienie dające się usunąć tylko przez podskórne wstrzykiwanie morfinu. Kończy uwagą, że gdy sen zwykły nie działa na mięśnie gładkie, tém mniéj może wpływać sen hypnotyczny. — Kol. Szpilman wspomina, że doświadczenia w téj mierze przedsięwzięte na zwierzętach nie przyniosły pożądanego rezultatu. —

Kol. Rosenbusch zapytuje się, czy potrzebna jest wola medium, przy téj sposobności przytacza przypadek, dotyczący kolegi, którego zahypnotyzowano bez jego woli i wiedzy. — Kol. protom. Biesiadecki dodaje, iż zmiana w mózgu wywołana hypnotyzmem może być tylko wywnioskowaną, a jeżeli jaka może być, to tylko przekrwienie ostre, czy to całéj kory mózgowéj, czy téż tylko jéj części. — Na wniosek kol. Prusa odłożono odpowiedź na powyższe pytania do następnego posiedzenia.

Kol. protomedyk Biesiadecki zabrał z kolei głos w sprawie następującéj. Jednym z głównych obowiązków Tow. Lek., a względnie Sekcyi lwowskiéj, jest stać na straży honoru, czy to całego stanu, czy téż pojedynczych członków. Obowiązek ten należy obecnie spełnić, kiedy w łamach dziennikarstwa polskiego lwowskiego znajdują pomieszczenie artykuły i doniesienia częstokroć niezgodne z prawdą, wycieczki złośliwe często bardzo fałszywe przeciw lekarzom i całemu stanowi. Wnosi przeto, aby wystosować pismo z prośbą do redakcyj tych dzienników, aby na przyszłość każdą sprawę dotyczącą lekarzy, dopiero po dokładném zbadaniu ogłaszali, lub też odnosili się w każdym przypadku do biura Sekcyi. Pismo to winno być przedmiotowo zredagowane, bez odnoszenia się do jakichś specyjalnych zdarzeń. Zebrani członkowie jednogłośnie przyklasnęli temu wnioskowi, a na dowód, jak redakcyje tych pism są w błąd wprowadzone, przytoczyli koledzy różne epizody z ostatnich dni, dotyczące stanu lekarskiego. Wreszcie przyjęto jednogłośnie wniosek kol. Bylickiego, aby wybrać komisyję złożoną z koll. Biesiadeckiego, Czyżewicza i Kadyja, któraby takie pismo zredagowała i bez odwołania się do Sekcyi przesłała dotyczącym redakcyjom. *Dr. Wiczkowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IX z dnia 3 listopada 1887 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. Członków obecnych 10.

1. Na wniosek kol. Jaworskiego Komisyja wyraża uznanie i podziękowanie kol. Korczyńskiemu za inicyjatywę i przyprowadzenie do skutku grupy 26éj (higijeniczno-lekarskiéj) w tegoroczněj wystawie krajowéj, jak niemniéj Drowi Lutostańskiemu za umiejętne urządzenie téj grupy.

2. Na wniosek referenta kol. Obalińskiego uchwalono udać się do W. Wydziału krajowego i do Dyrekcyi szpitala lwowskiego w sprawie dostawy opatrunków chirurgicznych z fabryki p. Dobrowolskiego w Krakowie.

3. Podkomisyję dla przemysłu aptekarskiego wzmocniono przybierając do niéj proff. Bandrowskiego i Steingrabera.

4. Do zajęcia się sprawą przemysłu zdrojowego krajowego uproszono prof. Olszewskiego i Dra Lutostańskiego.

5. Poruczono Drowi Lutostańskiemu rozpatrzenie się w sposobie, w jaki przemysłowcy krajowi w zakresie przetworów mających związek z praktyką lekarską, mogliby wziąć udział w międzynarodowéj wystawie, która się odbędzie w r. 1888 w Brukseli.

6. Przewodniczący donosi, że dla użytku przy wykładach urządził w klinice lekarskiéj zbiór przetworów leczniczych przez Komisyję badanych a przez Tow. lek. krak. poleconych, przez co uczniowie będą mieli sposobność obeznania się z temi przetworami.

7. W wykonaniu uchwały, jaką powzięło Tow. lek. krak. na posiedzeniu w d. 19 października b. r., postanowiono rozesłać lekarzom i aptekarzom spis przetworów leczniczych krajowych przez Tow. lek. krak. poleconych.

8. Kol. Murdzieński przedkłada wynik tegorocznego szczepienia krowianką p. Kubickiego. Ze spostrzeżeń referenta jak niemniéj z poświadczeń 45 lekarzy powiatowych i wielu prywatnych wypływa, że krowianka przyjmuje się znakomicie i sprawia w miejscu zaszczepienia reakcyję całkiem prawidłową.

9. Na podstawie wniosku Dra Wachtla uchwalono polecić Tow. lek. krak. kapsułki elastyczne wyrobu p. Kotowicza w Krakowie napełnione rozmaitemi lekami: jak olejkiem rącznikowym, tranem, tranem żelazistym, balsamem kopaiwianym, *Oleum santali* itp., gdyż wykonaniedzch jest bardzo staranne i dokładne (Tow. lek. krak. na posiew. w dniu 9 listopada 1887 uznało kapsulki te jako zupełnie odpo iednie i polecenia godne). Przy téj sposobności postanowiono na wniosek kol. Cybulskiego zwrócić uwagę producenta, czy nie mógłby równocześnie wyrabiać płyt bromogelatynowych dla fotografii.

10. Również uchwalono na wniosek Dra Wachtla przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia produkcyje wegetabilijów lekarskich: *a)* Znanego od dawna i wielce na têm polu zasłużonego hodowcy p. Zieniewicza aptekarza w Brzostku, który obok zbioru z własnego ogrodu aptekarskiego zakupuje zioła aptekarskie u włościan i w przeważnéj części wysyła za granicę. Zioła wszystkie, które poddane zostały badaniu (*Baccae myrtylorum, flores althaeae, calendulae, chamomillae, mellilotti, malvae, papav. rh., sambuci, salviae, tiliae, folia trifolii f., herba belladonnae, cardui ben., centaurci min., hysopi, melissae, menthae pip., spilanthi, radix acori, belladonnae, secale cornut. i semina lycopodii)* okazały się wzorowo zebrane i zasuszone. Oprócz tego są polecenia godne jego własne przetwory farmaceutyczne, z których badano: *empl diachylon simpl., extr. malatis ferri* i *resina jalapae.* — *b)* Zasłużonego na polu rolnictwa i gospodarstwa domowego p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem, który od kilku lat zajmuje się także zbiorem roślin lekarskich i takowe za granicą pozbywa. Z nadesłanych wegetabilijów *(flores chamomillae, salviae, sambuci, tiliae, folia hyoscyami, malvae, menthae erisp., menthae piper., verbasci, herb. abrotani, absynthi, cardui, centaurei, hysopi, ruthae* i *rad. althaeae)* wszystkie okazały się polecenia godne. (Wnioski te Tow. lek. krak. uchwaliło na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1887).

Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa odwietrzania. Na międzynarodowym Zjeździe higijenicznym w Wiedniu po długich rozprawach nad skutecznością, praktycznym sposobem przeprowadzenia odwietrzania, uchwalono następujące tezy:

1. Pożądaném jest, aby w każdym kraju uznano prawnie obowiązek stosowania odwietrzania w pewnych chorobach.

2. Aby władze miejscowe utrzymywały wszędzie dla ludności osoby wprawne i materyjały do odwietrzania potrzebne i aby odwietrzanie, przynajmniéj dla niezamożnych, odbywało się bezpłatnie.

3. Aby się zgodzono na o ile można ograniczoną liczbę środków zalecanych do odwietrzania. W pierwszym rzędzie pomiędzy środkami odwietrzającemi pomieścić należy: wygotowanie w wodzie, parę przynajmniéj 100° mającą, sublimat (w roczczynie 1:1000), 5% kw. karbolowy, ostatni względnie z dodatkiem kwasów (kw. solny lub winny).

4. Nakadzań w ogóle a w szczególności nakadzań kwasem siarkawym należy do odwietrzania nadal zaniechać.

Po rozprawach co do chorób wymagających bezwarunkowego odwietrzania przyjęto zasadę, że pożądaną jest rzeczą, aby gruźlicę zaliczyć do rzędu chorób bezwarunkowo odwietrzenia wymagających. *Dr. Grabowski.*

Prof. Wolff przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego wyniki badań dalszych nad jadem omułka jadalnego (*Mytilus edulis, Miesmuschel*). 0·3 do 0·4gr. tych małżów zabijały morską świnkę już w 2 minuty, a $^1/_3$gr. wyciągu z nich zabiła królika w 4—6 minut. W r. 1885 muszle te zawierały jad, w 1886 były od niego wolne, w roku bieżącym otrzymane omułki z Wilhelmshaven zawierają znowu jad. Wynika z tego, że potrzeba więcéj niż jednego roku, aby się w Wilhelmshaven wytworzyły warunki do zatrucia muszli potrzebne. Najwięcéj jadu trującego tego zwierzęcia zawiera wątroba. Zewnętrznych wskazówek, którebу pozwalały na pewne odróżnić jadalne od niejadalnych, nie udało się dotychczas wykryć. Stanowczo utrzymuje W., że zatrucie ich następuje na miejscu w Wilhelmshaven, a nie pochodzi z zewnątrz. *(Berliner klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·5. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (4 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 4 (4 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach dławca, 4 płonicy, 3 krztuśca. W tygodniu od 2—8 października umarło z ospy: w Tarnopolu 1, w Budapeszcie 2,

w Tryjeście 9, w Pradze 3, w Rzymie 6, w Warszawie 23, w Paryżu 4, w Petersburgu 1. Z odry umarło w Brodach i Tarnopolu po 1, w Wiedniu 1, w Londynie 10, w Kopenhadze 23. Z płonicy umarło we Lwowie 4, w Brodach, w Drohobyczu, Przemyślu i Tarnowie po 1; w Londynie 48, w Warszawie 10, w Petersburgu 7. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 3, w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Wiedniu 8, w Pradze 5, w Berlinie 31, w Wrocławiu 13, w Dreźnie i Lipsku po 8, w Budapeszcie 18, w Paryżu 24, w Londynie 30, w Petersburgu 12. Z krztuśca umarło w Wiedniu 1, w Londynie 38. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 6, w Paryżu 23, w Rzymie 6, w Londynie 13, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 3, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 24,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 21,8; w Kołomyi 37,7; w Przemyślu 34,6; w Stanisławowie 22,4; w Tarnopolu 43,1; w Tarnowie 28,3; w Czerniowcach 37,7; w Wiedniu 20,9; w Salcburgu 19,3; w Gracu 20,2; w Tryjeście 40,4; w Insbruku 18,6; w Pradze 33,8; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 28,0; w Warszawie 32,7; w Poznaniu 27,1;w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 23,1; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 20,5; w Hamburgu 25,7; w Kolonii 19,0; w Lipsku 15,3; w Mnichowie 24,1; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 28,8; w Chrystyjanii 13,2; w Kopenhadze 25,1; w Londynie 15,7; w Odesie 29,0; w Paryżu 19,2; w Petersburgu 21,4; w Rzymie 23,9; w Stokholmie 16,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* Kraków 7 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. dokonano wyboru komitetu przedwyborczego dla nastąpić mających wyborów dorocznych funkcyjonaryjuszów Towarzystwa. Następnie wybrano profesora Łazarskiego delegatem Towarzystwa do komisyi sanitarnéj krakowskiéj w miejsce kol. Paszkowskiego; poczém prof. Korczyński przedstawił szereg przetworów leczniczych, które Komisyja przemysłowa za odpowiednio sporządzone uznała, prof. Adamkiewicz przedstawił wodę bromową zrobioną w zakładzie pp. Rzący i Chmurskiego na sposób znanéj wody Dra Erlenmeyera, a pan Wołański magister farmacyi ze Lwowa okazał kefir swojego wyrobu. Wreszcie prof. Rydygier przedstawił chorych leczonych w klinice chirurgicznéj tutejszéj a prof. Obaliński okazał nowe przyrządy do szybkiego zamykania rur gumelastycznych.

* Współpracownik nasz Dr. Maks. Gumplowicz pod koniec września wyjechał po raz drugi do Indyj holenderskich. Pisze on nam dn. 1go listopada z Batawii: „Załączam owoc kilku z niezliczonych wolnych chwil całomiesięcznéj podróży morskiéj. Podróż mieliśmy przecudną i bardzo przyjemną. Przez zbieg różnych okoliczności otwierają mi się zaraz na wstępie piękne widoki w Indyjach“.

* Posadę lekarza zakładu weterynarskiego w Dorpacie po śmierci radcy dworu Dra Ammona otrzymał rodak nasz docent Dr. Zaleski.

* Sympatyczny i wymowny kand. med. Květoslav Merhaut, który bawił w Krakowie w miesiącu marcu jako reprezentant młodzieży czeskiéj podczas uroczystości jubileuszowéj tygodnika naszego, uzyskał d. 3 bm. dyplom doktora w. nauk lek. w czeskim Uniwersytecie Karola Ferdynanda.

* **Wiedeń.** Rząd przedłożył Sejmom Austryi dolnéj, Czech, Śląska, Styryi, Krainy, Vorarlbergu i Bukowiny projekt ustawy względem organizacyi służby zdrowia w gminach.

* W Moskwie na Dziewiczém Polu otworzona została 13 listopada b. r. nowa psychijatryczna klinika, zbudowana kosztem pani Morozowéj. Posiada ona 30 łóżek dla mężczyzn a 20 dla kobiet. Dyrektorem téj kliniki jest prof. A. Kożewnikow.

* **Paryż.** Pod koniec lipca 1888 r. zbierze się tu Zjazd poświęcony wyłącznie badaniom gruźlicy. Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz, który złoży składkę 10 franków. Wykłady i rozprawy odbywać się będą tylko w języku francuskim. Na czele Zjazdu stoją Chauveau jako prezes i Villemin jako jego zastępca.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Prof. nadzw. w Akademii wojskowo-lek. Dr. Benjamin Tarnowski, wysłużywszy lat 25, wybrany został na dalsze 5 lat. Z tego powodu znakomitego profesora spotkała owacyja ze strony asystentów i uczniów. — Prof. medycyny sądowéj Dr. Anrep mianowany został członkiem Rady lekarskiéj. Dr. Walther habilitował się jako docent prywatny med. wewnętrznéj w Akademii wojskowo-lekarskiéj. — Dr. Batujew wybrany tamże prosektorem przy katedrze anatomii. — **Kijów.** Dr. Rawa habilitował się jako docent patologii chirurgicznéj. — Prof. nadzw. chorób kiłowych i skórnych Dr. Stukowenkow mianowany profesorem zwyczajnym. — **Berlin.** Prof. Senator mianowany tajnym radzcą lekarskim. — **Wiedeń.** Zgłosili się do habilitacyi Drowie: Ehrmann (do chorób skórnych i kiłowych), Edmund Neusser (do medycyny wewnętrznéj), Hacker (do chirurgii), Hochstetter (anatomii opisowéj), Kolisko i Paltauf (anatomii patologicznéj). Miejsce Dra Ikałowicza jako asystent przy katedrze patologii doświadczalnéj otrzymał Dr. Pál, a miejsce Lustgartena jako asystent przy katedrze chorób skórnych Dr. Łukasiewicz. Docent patologii doświadczalnéj Dr. Gustaw Gärtner jednomyślnie przedstawiony został do nominacyi profesorem nadzw. a prośby b. prof. insbruckiego, a obecnego prymaryjusza Langa, o wcielenie go w skład grona profesorów, postanowił Wydział nie poprzeć. — **Budapeszt.** O katedrę kliniki wewnętrznéj ubiegają się proff. Purjesz i Bókai z Klausenburga, proff. Kétli, Müller, Stiller, prymaryjusz Tokács i docent Jendrássik. — **Marburg.** Prof. Roser z d. 1 kwietnia 1888 przechodzi na własne żądanie w stan spoczynku.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Andrzéj Buraczyński mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. B. Wicherkiewicz. 9te Sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Poznań, 1887, stronnic 44.

Podczas gdy oftalmiczny warszawski instytut imienia książąt Lubomirskich od czasu wyjścia z niego Dra Jodki zaprzestał ogłaszać sprawozdania roczne z czynności swoich, podczas gdy młodziutki oftalmiczny instytut wileński począł dopiero obznajamiać czytającą publiczność lekarską z ruchem chorych swoich, kol. Bolesław Wicherkiewicz daje nam corocznie treściwe sprawozdanie ze swego zakładu, który, jak przekonali się fachowi koledzy podczas Zjazdu poznańskiego, stoi na wysokości wymagań naukowych, przynosząc pożytek dla ludności wszelkich wyznań W. Ks. Poznańskiego. Jestto jedyny zakład oftalmiczny w tym kraju, nie dziw więc, że nie brak mu materyjału. Z leżącego przed nami 9go sprawozdania, wydanego jak wszystkie poprzednie w postaci eleganckiéj broszury, dowiadujemy się, że w 1886 r. umieszczono w klinice ubogich 6 nowych łóżek, tak że obecnie Zakład rozporządza już 66 łóżkami, prócz 10 łóżek kliniki prywatnéj.

Ogółem poliklinicznie leczono chorych w 1886 r. 3720 (1910 m. i 1810 k.), naturalnie najwięcéj z Poznania (1563) i obwodu Poznańskiego (1165), z Król. Polskiego i Rosyi 61. Podług narodowości było: polaków 2366, niemców 1034, żydów 316, innych narodowości 4. Z nich wyzdrowiało 2705, ukończyło kuracyję z polepszeniem 112, niewyleczono 6, jako nieuleczalnych nieleczono wcale 29, jednorazowo radzących się 686, pozostało w leczeniu 182. W klinice prywatnéj leczono 76 osób; w klinice ubogich 571.

Z chorobami spojówki leczono 1505, rogówki 768, białkówki 18, tęczówki 94, naczyniówki 36, jaskrą 49, siatkówki i n. wzrokowego 69, niedoślepu i jasnéj ślepoty 85, soczewki 186, c. szklanego 64, gałki ocznéj 37, z chorobami refrakcyi 300, akomodacyi 193, mm. ocznych 107, nerwów 21, organów łzowych 98, oczodołu 8, powiek 384.

Większych operacyj wykonanych 452, a mianowicie: operacyj soczewki 132, w téj liczbie wydobycie zaćmy dojrzałéj z następném wypłukaniem 21, wypłukanie soczewki niedojrzałéj sposobem autora z irydektomiją 41, bez takowéj 16); operacyj tęczówkowych 78, głównie irydektomija w celach optycznych (41) i przeciw jaskrze (30); operacyj rogówkowych 35, z liczby których nakłócia przy *keratitis c. hypopio* zrobiono 20; operacyj twardówki 7; oper. mięśni ocznych 42; oper. powiek 114, w li-

czbie których główną rolę odgrywają op. podwinięcia powieki sposobèm autora (22); kantoplastyka (31); operacyj spojówkowych wykonano 15; oper. przewodu łzowego 10; wyłuszczenie gałki 16; wreszcie innych operacyj 3.

Ponieważ sprawozdanie to napisane i dla lekarzów i dla inteligentnéj publiczności, przeto szan. autor umiał połączyć część czysto specyjalną z pogawędką popularną. Znajdujemy tu i kilka słów o większéj częstości krótkiego wzroku u mężczyzn w skutek rodzaju ich zajęć, kilka uwag odnoszących się do higijeny cierpiących na zapalenie egipskie, którzy łatwo przenoszą zarazki na osoby zdrowe za pomocą swych rąk przy grze, w tańcu, przy powitaniu i innych sposobnościach. Daléj karci autor obrzydliwe zwyczaje ludu prostego, w skutek których choroby oczne nieraz przyjmują groźny charakter, a mianowicie: wylizywanie chorego oka, przykładanie do niego mięsa, kału i przemywanie oka moczem. I cóż się dziwić, że tego ostatniego środka używają nieraz ludzie prości: przed paru latu ledwom się oparł, że nie użyto go w dywizyi gwardyjskiéj, konsystującéj w Warszawie, przeciw jaglicy. Środek ten gorąco zalecał u wyższéj władzy dowódzca pułku generał W.

Kol. W. dla oczyszczenia powiek używa rozczynu sublimatu (1:1000), dla wypłukania worka spojówkowego poleca tenże rozczyn daleko słabszy (1:10.000). Po operacyi na powieki kładzie spory pokład gazy jodoformowéj, którą pokrywa warstwą waty opatrunkowéj i następnie przytwierdza przepaskę gazy nakrochmalonéj i zmoczonéj rozczynem dwuchlorku rtęci. Tak nałożoną opaskę zwykle pozostawia nietkniętą przez 3—4 dni. Rezultaty operacyj, jak widać z ich wykazu, zwykle były dobry, z bardzo małym wyjątkiem, w jednym tylko przypadku obserwowano zropienie oka po operacyi zaćmy.

Zrobiwszy kilka słusznych uwag nad ostrożnèm używaniem kokainu przed i po operacyjach zaćmy, kol. W. wspomina o cennych zaletach wypłukiwania zaćm, których on wykonał w 78 przypadkach. Prócz zaćm, szczęśliwie wypłukiwał on swym przyrządem i krew z przedniéj komórki oka, przed i po wydobyciu zaćmy, w tym celu używał zwykle wody słonéj, przegotowanéj i ostudzonéj na 30°R.

Już i w poprzednich swych sprawozdaniach autor narzekał, że często zgłaszają się doń chorzy z zadawnionemi chorobami, jak np. jaskrą. I dziś wzywa publiczność, aby chorzy w nagłych i groźnych przypadkach udawali się do zakładu wprost i bez żadnego pośrednictwa i jako przykład utrudnienia władzy przytacza, iż pewna chora 2 lata zniewoloną była czekać na zaświadczenie p. burmistrza! rezultatem czego była zupełna nieuleczność ślepoty.

W końcu wspomnieć musimy, że asystent Dr. Sroczyński jako „obcokrajowiec" ustąpił w końcu roku z zajmowanéj gorliwie posady; po nim obowiązki asystenta spełniał Dr. Krysiewicz.

Pozostaje nam życzyć, aby oftalmiczny zakład poznański pod światłem kierownictwem kol. Wicherkiewicza z każdym rokiem coraz bardziéj się rozwijał, pokrywszy jak najrychléj niedobór dochodów z lat poprzednich. *Dr. Józef Talko.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 49: Kępińskiego: O rzadszych chorobach ocznych przy chronicznych cierpieniach nerek (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Rappela: Floroglucyno wanilina, odczynnik na wolny kw. solny w zawartości żołądka; Grundzacha: Kilka słów o nowym odczynniku na kw. solny w zawartości żołądka; Zabludowskiego: Przyczynki do techniki i wskazań dla miesienia; Willenza: Farmakologiczno-doświadczalne badania nad salolami (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. G. BECKS: *Therapeutischer Almanach*, 15 Jahrg. 1888, 1 Semester, Bern, 1888, in 12mo 59.

Piśmiennictwo lekarskie:

PROUST A. Prophylaxie sanitaire maritime des maladies pestlentielles exotiques. 8. Paris, Masson. Fr. 1.

ROTTER E. Die typischen Operationen u. ihre Uibung an der Leiche. 8. München, J. A. Finsterlin. geb. M. 6.

SCHACHMANN M. Cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique. Av. 4 pls. col. 8. Paris, Masson. Fr. 4.

SCHÜLLER M. Die Pathol. u. Therap. d. Gelenkentzündgn. gr. 8. Wien Braumüller. M. 3.

STRÜMPELL A. Kurzer Leitfaden f. d. klin. Krankenuntersuchung. 12. Leipzig, F. C. W. Vogel geb. M. — 80.

ZIEMSSEN H. v., Klinische Vorträge. 1. u. 4. Vortr. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. à M. — 60. (Inh.: 1. I. Allgemeines. 1. Der Arzt u. die Aufgaben d. ärztl. Berufes. — 4. III. Infectionskrankheiten. 1. Ueber die Cholera u. ihre Behandlung).

ZUCKERKANDL E. Ueb. d. Riechcentrum. M. 7 Ta. u. 25 Abb. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 5.

Przed zamknięciem numeru otrzymaliśmy następującą odezwę:

W kasie Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego złożona jest kwota zła. 240 na rzecz Banku poznańskiego. Otóż sądzę, że byłoby rzeczą właściwą, aby koledzy, którzy mają chęć złożenia jakiejś kwoty na rzecz tego Banku, przesłali pieniądze na ręce moje lub skarbnika Towarzystwa (p. Litticha, Namiestnictwo). Kwota w ten sposób zebrana zostałaby użytą na zakupno akcyj, które stałyby się własnością funduszu żelaznego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. W przeciwnym razie kwoty poszczególne drobne nie wystarczyłyby na kupno akcyj, a tém samém ofiarujący je nie mieliby sami z nich korzyści.

Lwów d. 7 grudnia 1887.

Dr. Alfred Biesiadecki.

Sprostowanie. W Nrze 49 z winy zecera na str. 666 umieszczono w szpalcie 1éj dwa pierwsze wiersze w protokóle Tow. przyjaciół Nauk poznańskiego, które powinny znaleźć miejsce na początku 1éj szpalty str. 667, jako należące do sprawozdania Komisyi sanitarnéj krakowskiéj. Przepraszając koll. sprawozdawców obydwóch tych prac i czytelników za oszpecenie tych sprawozdań, dodajemy ze swéj strony, że z powodu opóźnienia się drukarni ani redaktor ani korektor nie byli w stanie dojrzeć usterku tego, a tém mniéj polecić jego usunięcie.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. Dr. H. J. we Lwowie: Komisyja Redakcyjna na posiedzeniu pełnèm z d. 8 grudnia rb. uchwaliła jednomyślnie żądaniu Pańskiemu o umieszczenie w *Przeglądzie Lekarskim* oceny nadesłanych jéj odbitek z Dziennika Polskiego p. t. „Umysł a ciało" i „Nagła śmierć w szkole" odmówić, a to z powodu, że w mowie będące artykuły, jako pisane w sposób nieprzedmiotowy a obelżywy, nie mogą sobie rościć prawa do oceny w poważnèm piśmie naukowèm.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 17 Grudnia 1887. Nr. 51.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z chirurgii jamy brzusznéj.

Podał

Dr. J. Zielewicz,

lekarz dyrygujący oddziałem chirurgicznym w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

Chirurgija jamy brzusznéj stoi na porządku dziennym dzisiejszéj techniki operacyjnéj. Mimo wyjątkowego zapatrywania Lawsona Taita i jego zdumiewających na tém polu rezultatów ogół chirurgów widzi w ścisłéj antyseptyce, jeżeli nie jedyny, to w każdym razie, jeden z najkardynalniejszych warunków powodzenia przy laparotomii. Dla tego też nawet wartość poszczególnych środków antyseptycznych ocenioną bywa według tego, czy i o ile użyć się dadzą przy operacyjach w jamie brzusznéj. Tą drogą sublimat odniósł zwycięstwo nad kwasem karbolowym a sublimatowi znów świeżo wszedł w drogę trójchlorek jodu, tak goràco przez Langenbucha (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 40) głównie z tego względu polecony, że przy laparotomii, mimo wybitnego działania przeciwgnilnego, najmniejszém choremu nie grozi niebezpieczeństwem.

Nie o to jednak chodzi, jakiemi się antyseptycznemi środkami pracuje, ale o to, czy się operuje aseptycznie, a aseptykę można, zdaniem mojém, osiągnąć bez użycia karbolu, sublimatu i całego legijonu coraz to nowszych i coraz głośniéj zachwalanych środków przeciwgnilnych, byleby to, co się czystością nazywa, podniesioném było do ideału. Jak trudnym atoli do osiągnięcia jest ten ideał, wiadomo każdemu chirurgowi, pracującemu w większym zwłaszcza szpitalu publicznym, gdzie zakorzenione przesądy, fałszywe pojęcie o czystości i porządku (*Façadenreinlichkeit!*), brak odpowiedniéj inteligencyi u personalu pomocniczego, a przedewszystkiém kwestyja funduszów rozbijają w puch najgorliwszą pracę naszą nad aseptycznością każdego zakątka naszych oddziałów chirurgicznych, każdego przedmiotu z naszego otoczenia i każdéj choćby najpodrzędniejszéj, osobistości, z nami się stykającéj. A warto doprawdy dążyć *per ardua ad astra*, choćby wśród walki, która się ostatecznie, jako w szlachetnym celu podjęta, zawsze naszém skończyć musi zwycięstwem.

Jednym z niezaprzeczonych wyników téj zaszczytnéj walki jest fakt, że laparotomija, dzięki antyseptyce, przestała być postrachem lekarzy i chorych, a chirurgowi otworzyła drogę do wielu zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, uważanych dawniéj za niewykonalne lub za śmiałe wybryki chirurgicznéj przedsiębiorczości.

Wyniki tych zabiegów często jeszcze bywają ujemne, lecz w znacznéj mierze powodzenie zależy tu od doświadczenia, jakie sobie chirurg zdobył na tém właśnie polu, dotychczas stosunkowo mało uprawianém. Zresztą kazuistyczna rozmaitość tak tu jest wielką, że nigdy prawie jeden przypadek nie jest w zupełności równy drugiemu.

Powyższe względy skłaniają mnie do ogłoszenia niniejszych kilku zabiegów operacyjnych w jamie brzusznéj, wykonanych ostatniemi czasy z pomyślnym przeważnie wynikiem.

1. Wpochwienie jelit. Opadnięcie macicy. Laparotomija. Zejście śmiertelne.

Magdalena S., wyrobnica ze Śródki, lat 47 wieku, wynędzniała, cierpi od dawna opadnięcie macicy, które się ostatniemi czasy wzmogło. Przed tygodniem nieznaczne rozwolnienie, następnie zaparcie stolca i wymioty kałowe. Ciepłota ledwie 37°C., tętno drobne. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne cienkie. Przez powłoki brzuszne nic nie można wymacać, zwykłe ujścia przepuklinowe wolne. Przy badaniu przez znacznie rozszerzoną kiszkę odchodową w narkozie wymacać można cały zwój kiszek w górnéj części téjże kiszki. Rozpoznawszy wpochwienie próbowano je cofnąć środkami mechanicznemi; całe przedramie mogłem wprowadzić, a wpochwienie zawsze za ręką wracało. Po bezskutecznéj również próbie redukcyi za pomocą wlewań wody w położeniu kolanowo-łokciowém, wykonano nazajutrz d. 9/8 laparotomię. Jelito poprzeczne i część jelita czczego wgłobione

w rozszerzone znacznie *S. romanum*. Zrosty tak już silne, że uwolnienie wgłobionego jelita z trudnością tylko i wśród znacznego krwotoku dało się uskutecznić. Mesenterium wgłobionego jelita obrzmiałe, a jelito samo w dwóch miejscach nieco brunatniejsze przedstawia centkowanie, zresztą w stanie dostatecznego na pozór odżywienia. Wyczyszczono jamę brzuszną 3% kwasem borowym i zamknięto jamę brzuszną szwem piętrowym jedwabnym. Opatrunek przeciwgnilny. Worek z lodem na brzuch. Wewnętrznie makowiec. Chora podniosła się szybko ze znacznego pooperacyjnego zapadu, w trzy godziny po operacyi oddała obfity stolec, a następnego dnia znaczną ilość gazów przez rurę gumową do kiszki odchodowéj głęboko wprowadzoną. Przebieg pooperacyjny bez reakcyi, bez najmniejszych objawów zapalenia otrzewny. Piątego dnia rozwolnienie i nieznaczna bolesność brzucha, siódmego dnia (15/8) zejście śmiertelne wśród objawów nagłego zapadu. Sekcyja: rana brzuszna sklejona we wszystkich swoich warstwach, *enteritis ulcerosa, perforatio coli, ascaris lumbricoides in cavo abdominis*.

W powyższym przypadku śmierć nie nastąpiła skutkiem zakażenia otrzewny, gdyż przebieg pooperacyjny był zupełnie aseptyczny, lecz skutkiem przedziurawienia jelita, które wśród operacyi nie dawało powodu do żadnéj z téj strony obawy, powikłanie zaś z owrzodzeniem jelita zapalném przyczyniło się swoją drogą do perforacyi. Niewątpliwie i sam zabieg operacyjny mógł błonę śluzową jelita do sprawy zapalnéj usposobić, zrosty bowiem były już tak mocne, że do ich rozerwania potrzeba było użyć pewnéj siły, przyczém jednak ściany kiszek nie uległy uszkodzeniu. W takim zaś razie lepiéj jest ryzykować choćby nieco forsowniejsze wypochwienie, niż resekcyję całéj inwaginacyi, w razie zbyt szczelnych zrostów zalecaną.

Co się tyczy stosunku etyjologicznego pomiędzy inwaginacyją a opadnięciem macicy, objawy te współczesnością swoją niniejszemu przypadkowi nadają charakterystyczną cechę. Nie wiadomo mi, czy stosunek ten już kiedy zauważono, atoli *a priori* nie da się zaprzeczyć, że znaczne opadnięcie macicy może się przyczynić do inwaginacyi. Toć wiadomo, że przy wzmiankowaném cierpieniu macicy nietylko więzadła jéj właściwe tak są zluźnione, że narząd sam na 3—6 centymetrów ponad jego prawidłową wysokość da się wysunąć, ale i otrzewna takiéj niekiedy ulega dyslokacyi, że, jak np. w przypadku Franquego, osobna z niéj tworzy się jama. Otrzewna oddziaływa na krezki (mesenterium) a tym sposobem górne części jelit parte ku dołowi, szukając dla siebie pomieszczenia, dostają się do *S romanum*, którego światło w naszym przypadku znacznie powiększone przedstawiało rozmiary.

2. Otok pęcherza żółciowego. Cholecystotomija z podwiązaniem przewodu żółciowego. Wyzdrowienie.

Maryjanna R., lat 47 z Poznania, matka kilkorga dzieci. Stan odżywienia lichy, barwa skóry żółtawa. Chora skarży się na dokuczliwe bóle w okolicy wątroby i w krzyżu, za poradą Dra Holtzera szuka pomocy w szpitalu i zgadza się na operacyję. Na szerokość trzech palców poniżéj wątroby czuć w jamie brzusznéj guz wielkości małéj pięści, o napięciu elastyczném, z miejsca swego prawie nieporuszalny, z otrzewną niezrośnięty. Rozpoznano rozstrzeń worka żółciowego, a za pomocą punkcyi cienką igiełką Pravaza stwierdzono, że zawartość jego składa się z cieczy ropiastéj, koloru żółtawego, kwasów żółciowych niezawierającéj.

Dnia 22/9 b. r. wykonano laparotomiję. Cięcie skórne równoległe do linii białéj ponad obrzękiem. Po przecięciu otrzewny wsuwa się w ranę sieć, z którą pęcherz jest zrośnięty, lecz zrosty łatwo dają się oddzielić. Obrzęk atoli sam tak ściśle zespojony z dolną tylną powierzchnią wątroby, że o wydobyciu go z jamy brzusznéj w całości z powodu zupełnego braku trzonu i znacznego krwotoku przy rozdziełoniu zrostu ani mowy nie było. Podprowadziwszy tedy za pomocą igły Dechampsa nitkę podwójną pod przewód żółciowy, takowy w dwóch miejscach podwiązałem i mostek pomiędzy nitkami przeciąłem, przyczém skutkiem nacięcia miąższu wątroby powstał znaczny krwotok, zatamowany częścią przez okłucie, częścią za pomocą tamponady gazą jodoformową lepką. Następnie uruchomiwszy sobie nieco tym sposobem pęcherz żółciowy, wszyłem go w ranę brzuszną, przeciąłem i zawartość na zewnątrz wypuściłem, przyczém pokazał się kamyczek żółciowy wielkości orzecha włoskiego o powierzchni chropowatéj. Opatrunek przeciwgnilny. Operacyja trwała przeszło godzinę. Z powodu znacznego zapadu wstrzyknięto podskórnie 3 strzykawki eteru na stole operacyjnym i chorą do ogrzanego łóżka odniesiono. Z powodu słabéj czynności serca przez całe popołudnie i dzień następny stosowano podskórne wstrzykiwania chlorku sodu (0,6%) w odstępach 3godzinnych po 6 strzykawek Pravaza. Tętno się podnosiło zwolna lecz stale, ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, a chora cały przeciąg okresu pooperacyjnego przebyła bez odczynu zapalnego. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost tak, że pozostała tylko przetoka, przez którą wydzielała się mała ilość płynu śluzowego bez śladu żółci. Gdy przetoka po wypaleniu jéj żegadłem zamknęła się prawie zupełnie, chora wolna od dawnych bólów zażądała wypuszczenia ze szpitala. Stolce w pierwszych dniach po operacyi odbarwione, późniéj w niczém się od prawidłowych nie różniły.

Żadna z praktykowanych po dziś dzień w tém cierpieniu metod operacyjnych nie może sobie rościć wyłącznego uprawnienia; stosownie do właściwości poszczególnego przypadku chorobowego operator musi się zdecydować albo na nacięcie worka żółciowego albo też na doszczętne jego wycięcie.

W naszym przypadku zamierzone pierwotnie doszczętne wyłuszczenie (Langenbuch) uznaliśmy wśród operacyi za niemożliwe z powodu ścisłego zrostu pęcherza żółciowego z wątrobą. Wprawdzie krwotoki z powierzchownych warstw wątroby pochodzące do tamowania nie są zbyt trudne a Bardenheuer twierdzi nawet (*Der extraperitonelle Explorativschnitt*. Stuttgart, 1887, str. 199), że wątrobę całemi kawałami wycinać można bez obawy krwotoku [1]), wreszcie krew wynaczyniona do jamy brzusznéj, byle na gruncie aseptycznym, ulega całkowicie wessaniu i swoją drogą na korzyść chorego się obraca (autotransfuzyja); mimo to w takim jak nasz przypadku ekstyrpacyję uważamy za przeciwwskazaną choćby tylko z tego powodu, że się operacyja niepotrzebnie przedłuża i niebezpieczeństwo zapadu powiększa.

Aby jednak choréj oszczędzić niemiłego dodatku przetoki żółciowéj, dodałem do cholecystotomii podwiązanie przewodu żółciowego. Skutek dopisał, gdyż chora nasza od swoich dawnych boleści jest wolną, a pęcherz żółciowy przestał dla niéj istnieć; wydzielając przez pewien czas nieco wodnistéj

[1]) Operacyja Langenbucha (*cf. Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, str. 1025) tutaj nie należy. Krwotok zresztą i tu był tak groźny, że trzeba było jamę brzuszną powtórnie otworzyć.

śluzowatéj cieczy, wypełnił się ziarniną i, o ile wszyty był w ranę brzuszną, pokrył się blizną. Czy według téj metody już kto przédemną operował, nie jest mi wiadomo, w każdym razie rzecz warta dalszych doświadczeń.

Na przeszłorocznym kongresie chirurgów niemieckich sprawa metod operacyjnych w niniejszém cierpieniu dyskutowaną była dość obszernie i zgodzono się na to, aby kwestyję zaburzeń dla organizmu z danéj metody po pewnym czasie wyniknąć mogących postawić za lat kilka na porządku dziennym obrad kongresu. Że kwestyja w ten sposób postawiona może mieć swoją doniosłość, wykazało się np. przy całkowitéj ekstyrpacyi wola (*cachexia strumipriva*), dla tego i naszych chorych nie trzeba spuszczać z oka celem przekonania się, która z metod operacyjnych po upływie dłuższego czasu okaże się najkorzystniejszą. (Dok. nast.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 50).

Drugi sposób tworzenia się komórek wątrobowych z przybłonków kanalików, jaki P. przypuszcza, jest już wprost niemożebny. Już samo powstawanie komórek olbrzymich jest objawem wstecznym tych komórek przybłonkowych, z których przez spłynięcie pierwoszcza powstała komórka olbrzymia. Już samo spływanie pierwoszcza z kilku sąsiednich komórek w jednę masę jednostajną świadczy o naturze wstecznéj całego tego zjawiska, a najbardziéj znów za tém przemawia napawanie się krystalicznym barwikiem. Utwór zatém zwany komórką olbrzymią jest przeznaczony na zanik, z niego nic więcéj, tém mniéj komórka wątrobowa powstać nie może.

I co do samego powstawania tych komórek olbrzymich nie mogę się zgodzić z zapatrywaniami P. Większość ich powstaje z konglomeratu komórek przybłonkowych. Powstawanie ich wytłumaczyć sobie można stosunkami odżywczemi w bliźnie. Jak z początku przypływ soków odżywczych był zwiększony, tak późniéj odżywianie to staje się coraz bardziéj upośledzoném. W skutek urazowego podrażnienia przyszło do bujania komórek wątrobowych i do utworzenia pseudokanalików. W skutek zaś zmian w bliźnie saméj (coraz wyższa organizacyja téjże i kurczenie się) cierpieć musi odżywienie tych komórek przybłonkowych ułożonych w tkance, a następstwem tego zmiany wsteczne w pierwoszczu, mianowicie spływanie pojedynczych mas pierwoszcza w jednę całość, napawanie się barwikiem żółciowym. Tém się tłumaczy ta wielka różnica w obrazach histologicznych. Na pewnych grupach komórek wątrobowych można niekiedy wszystkie te zmiany widzieć obok siebie. Jako moment upośledzający odżywienie takich bujających komórek wątrobowych zauważyłem rozszerzenie naczyń włosowatych w tym odcinku zrazika przebiegających i zaczopowanie ich.

Sprawa zatém, jaką spotykamy przy gojeniu się ran w wątrobie, jest analogiczną z marskością zanikową. I tu panuje, przynajmniéj w późniejszych czasach, niestosunek między zmianami produktywno-zapalnemi w tkance łącznéj a takiemiż zmianami w miąższu wątrobowym. Zatém i na podstawie powyższych doświadczeń muszę zostać przy swém dawném zapatrywaniu co do histogenezy pseudokanalików w marskości zanikowéj i przerostowéj.

Jako objaw cechujący marskość przerostową podniosłem wielką ilość pseudokanalików w rozszerzonych przestworach międzyzrazikowych jakoteż wszędzie, gdzie przychodzi do tworzenia nowéj tkanki łącznéj. Zasadnicza różnica pomiędzy marskością przerostową a zanikową byłaby zatém ta, że w pierwszéj miąższ wątrobowy nie zanika, ale trwa daléj, tylko w postaci stosownie do otoczenia zmienionéj (embryjonalnéj), podczas gdy w marskości zanikowéj miąższ ten zostaje zastąpiony zbitą tkanką łączną. Cechy histologiczne tkanki łącznéj w jednéj i drugiéj postaci marskości nowowytworzonéj tłumaczą nam w sposób jasny, dla czego raz przychodzi do zwiększania narządu, drugi raz do zmniejszenia tegoż.

Zadać sobie teraz musimy pytanie, dla czego to w marskości zanikowéj miąższ zachowuje się przeważnie biernie, podczas gdy w marskości przerostowéj objawy proliferacyjne miąższu są w pewnéj równowadze z czynnością produktywną tkanki łącznéj. Do rozwiązania tego pytania posłużyć nam może sposób, w jaki odbywa się bujanie tkanki łącznéj, rozmieszczenie jéj topograficzne i granica między miąższem prawidłowym a tkanką łączną. Otóż pod tym względem nasuwają nam się w obu postaciach marskości dosyć znaczne różnice. Bujanie tkanki łącznéj jest nie tylko okołozrazikowe, ale i wśródzrazikowe w marskości przerostowéj. Wybitnym pod tym względem jest mój przypadek pierwszy, jakoteż przypadek Ackermanna. W tkance łącznéj nowowytworzonéj, która tak niejednostajnie przenika miąższ cały, znajdują się liczne naczynia włosowate tętnicze, które odżywiają należycie nie tylko tkankę łączną ale i beleczki wątrobowe objęte tą tkanką. Beleczki te, mając dostateczny zasób odżywienia, mogą podobnie jak i tkanka łączna ulegać sprawie proliferacyjnéj. Jeżeli rozmieszczenie nowowytworzonéj tkanki łącznéj nie jest tak rozlane jak w przypadku Ackermanna i moim, tylko trzyma się przeważnie przestworów międzyzrazików (mój przypadek drugi), to przecież z większych okołozrazikowych ognisk tkanki łącznéj wchodzą do miąższu wzdłuż przestworów naczyń włosowatych liczne unaczynione wypustki tkanki łącznéj. Te wypustki obejmują pojedyncze grupy komórek wątrobowych, odżywiają je należycie i umożliwiają ich bujanie. I znów tutaj mimo tego, że bujanie tkanki łącznéj nie jest rozlane, przychodzi na obwodzie zrazików do zastąpienia miąższu prawidłowego przez miąższ embryjonalny. Cały narząd nie tylko zmniejszać się nie może, ale zwiększyć się musi. Wprawdzie i w marskości zanikowéj na licznych miejscach wchodzi tkanka łączna z obwodu do miąższu, wypustki te jednak nie są nigdy takim stałym objawem, jak w moim drugim przypadku, przeciwnie granica między miąższem a tkanką łączną jest w marskości zanikowéj ostrą. Ta tkanka łączna buja tutaj do zrazików nie w kierunku promieni, lecz w kierunku stycznéj, oddzielając powierzchowne komórki wątrobowe lub ich małe grupy, które późniéj ulegają zanikowi, a tylko nieznaczna część ulega bujaniu. Przytém ważną musi odgrywać rolę w marskości zanikowéj kurczenie się tkanki łącznéj; nie jest ona nigdy tak wiotką jak w marskości przerostowéj, lecz składa się z wiązek zbitych tkanki łącznéj, podczas gdy w marskości przerostowéj znajduje się w niéj pełno przestworów, w których umieszczone są pseudokanaliki.

W zasadzie zatém są tylko ilościowe różnice pomiędzy marskością przerostową a zanikową. Przypuścić zatém musimy pewne postacie marskości, w których zmiany proliferacyjne miąższu przeważają znacznie nad objawami zaniku i te postacie słusznie właśnie ze względu na to zachowanie się miąższu musimy oddzielić od marskości zanikowéj Laënneca, bo tu rzeczywiście przychodzi do przerostu miąższu, chociaż w postaci zmienionéj. Z tego wynika daléj. że w jednéj i téj saméj wątrobie możemy znaléźć kombinacyję tych dwóch spraw, daléj że istnieć mogą postacie marskości, z których jedne ze względu na zachowanie się miąższu i tkanki zbliżać się więcéj będą do marskości przerostowéj, inne do zanikowéj, a ostatecznemi wynikami tych spraw będą marskość przerostowa i zanikowa.

W marskości zanikowéj zachodzą także różne odmiany co do własności histologicznych nowowytworzonéj tkanki łącznéj. W przypadkach świeżych składa się ona z młodéj tkanki łącznéj, zawierającéj liczne komórki limfoidalne, w przypadkach starszych składa się ze zbitéj tkanki łącznéj, zawierającéj przeważnie tylko jądra wrzecionowate, jeżeli zaś sprawa zapalna nie jest jeszcze ukończona, to w środkowych częściach rozszerzonych przestworów międzyzrazików znajduje się zbita tkanka łączna, ku obwodowi zaś tkanka granulacyjna. Te różnice znajdujemy częściowo i w postaci przerostowéj marskości z tą różnicą, że tutaj i we wyżéj organizowanéj tkance łącznéj znajdują się pseudokanaliki, dla tego téż kurczliwość tkanki łącznéj jest tutaj daleko mniejszą niż w postaci zanikowéj. Że jednak ta kurczliwość w ogóle ma miejsce, widzimy to z drobnoziarnistéj powierzchni, którą często spotykamy w postaciach przerostowych.

Żółtaczka jest częstszém zjawiskiem w postaci przerostowéj niż zanikowéj. Różnicę tę możnaby odnosić do odmiennego zachowania się miąższu w obu tych postaciach marskości. Mianowicie znajdujemy częściéj objawy tegoż miąższu w postaci zanikowéj niż przerostowéj. Gdzie komórki wątrobowe zanikają powolnie, nie nagle, jak w ostrym żółtym zaniku wątroby, wydzielają bezsprzecznie mniéj żółci niż prawidłowe komórki w marskości przerostowéj. Obraz ten zresztą zależy także od zachowania się przewodów żółciowych. Pod tym ostatnim względem nie ma różnic pomiędzy marskością przerostową a zanikową.

Według zdania niektórych autorów objawy zastoju są wybitniejsze w marskości zanikowéj, a marskość przerostowa ma się właśnie cechować brakiem tych objawów. Zapatrywanie to polega na spostrzeżeniach jeszcze zanadto małéj liczby przypadków, aby je można uważać za bezwzględnie prawdziwe. Podobnie jak żółtaczka tak i puchlina brzuszna są objawami, których przyczynę musimy pozostawić przyszłym badaniom. W każdym razie nie możemy puchliny odnieść do téj okoliczności, że daleko częściéj się spotyka zapalenie żył z zamknięciem ich światła na gałęziach żył wątrobowych niż na gałęziach żyły bramnéj (Sabourin [1]). Nie tłumaczyłoby to nam zresztą niczego.

Cornil i Ranvier [2]) zaliczają do marskości przerostowéj jako różne typy téj marskości: 1) t. z. *cirrhose biliaire*, 2) *cirrhose hypertrophique graisseuse*, 3) *cirrhose hypertrophique des diabétiques*. O ile pierwsza z tych postaci, *cirrhose biliaire*, powstająca po zamknięciu z jakiegokolwiek powodu wielkich przewodów żółciowych (tu zaliczam i doświadczalne podwiązanie przewodu żółciowego), może być zaliczaną do marskości przerostowéj, o tém mówię w dziale eksperymentalnym niniejszéj pracy. Co do *cirrhose hypertrophique graisseuse* opisanych przez Hatinela [1]), Sabourina [2]) i Merkleina [3]), to może zachodzić wątpliwość, czy zwiększenie wątroby w tych przypadkach nie pochodziło z nacieku tłuszczowego, a postać marskości nie była zwyczajną zanikową. Z opisu przypadków tych autorów możnaby sądzić po zachowaniu się tkanki łącznéj i sposobu jéj bujania, że należały one do przerostowéj postaci marskości. Z preparatu, który przywiozłem sobie od Cornila, możnaby równie to przypuszczać. Za charakterystyczne jednak pod tym względem muszę uważać własności histologiczne nowowytworzonéj tkanki łącznéj, ilość embryjonalnego, nowowytworzonego miąższu wątrobowego i własności granicy między miąższem a tkanką łączną. Mój przypadek trzeci właśnie tylko z tych powodów zaliczyłem do marskości przerostowéj. Bujanie tkanki łącznéj okołozrazikowéj tylko na niektórych miejscach było tu pierścieniowate, tłuszczowo nacieklé zraziki mogły się zwiększyć, bo temu nie przeszkadzała ze wszystkich stron otaczająca je tkanka łączna. W marskości zanikowéj zwiększenie zrazików pojedynczych w skutek nacieku tłuszczowego jest tylko do pewnego stopnia możebném, bo pojedyncze wyspy miąższu otoczone są tu ze wszystkich stron raczéj kurczącą się, niż dającą rozszerzyć tkanką łączną. Zwiększenie zatém wątroby w moim trzecim przypadku należy w większéj części odnieść do nacieku tłuszczowego i nie na podstawie tego zwiększenia narządu, ale tylko na podstawie zmian w przestworach międzyzrazikowych, przypadek ten zaliczyłem do marskości przerostowéj.

Stosunek miąższu zachowanego do tkanki łącznéj nowowytworzonéj może okazywać inne modyfikacyje aniżeli wyżéj wymienione. I tak większa część miąższu wątrobowego, np. całego płatu lub większéj jego części, może być zastąpiona tkanką łączną, jak np. w moim przypadku marskości zanikowéj ostréj (l. c.). W przypadku tym tylko małe wysepki miąższu wątrobowego były zachowane wśród tkanki granulacyjnéj. Wszystkie zmiany tak na miąższu jakotéż i w tkance łącznéj odpowiadały tu marskości zanikowéj. Zastąpienie miąższu przez tkankę łączną granulacyjną odbywało się tutaj tylko w sposób daleko szybszy niż w marskości zanikowéj przewlekléj. Pewna część miąższu zostawszy otoczona tkanką granulacyjną, okazywała tu objawy proliferacyjne (pseudokanaliki), większa część jednak zanikła. W skutek tego szybszego przebiegu, jaki cała sprawa okazywała, tkanka łączna miała tutaj cechy tkanki granulacyjnéj. W skutek różnic histologicznych między tym przypadkiem a zwyczajnym obrazem zaniku żółtego ostrego, przypadek ten zaliczyłem do spraw zapalnych, których punktem wyjścia jest, jak we wszystkich przypadkach marskości, tkanka łączna międzyzrazikowa.

Przypuszczenie Ackermanna, jakoby punktem wyjścia dla sprawy zapalnéj w marskości zanikowéj było zwyrodnienie na obwodowych częściach zrazików, a jako oddziaływanie na to zmiany zapalne w tkance łącznéj, nie da się niczém poprzeć. Niezrozumiałém byłoby tu zwyrodnienie wzgl. ne-

[1]) *Note sur l'oblitération des veines sus hepatiques dans la cirrhose du foie. Revue de médecine août* 1882 p. 671. — [2]) *Manuel d'histologie pathologique tome deuxieme* 1884 pag. 132.

[1]) *Etudes sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie* (*Société clinique de Paris* 10 mars 1886). — [2]) *Cirrhose hypertrophique graisseuse* (*Archives de physiologie* 1881 p. 584). — [3]) *Sur deux cas de cirrhose hypertrophique graisseuse avec ictère.* (*Revue de medecine* 1882 p. 997).

kroza tylko obwodowych komórek w zrazikach, gdy szkodliwość mająca wywoływać to zwyrodnienie (wyskok) krąży także wśród naczyń włosowatych śródzrazikowych. Przeciwnie zaś, wiemy z doświadczenia, jak słusznie zauważa Rindfleisch [1]), że u alkoholików tkanka łączna gdziekolwiek się znajduje (nietylko w organach miąższowych) okazuje dążności produktywne. Większość też autorów widzi punkt wyjścia całéj sprawy zapalnéj w tkance łącznéj około żyły bramnéj, z wyjątkiem Strümpella i Aufrechta [2]). Często zresztą spotykamy obrazy w marskości zanikowéj, gdzie komórki wątrobowe przylegające bezpośrednio do tkanki łącznéj są prawidłowe, a w środkowych częściach zrazików zmiany wsteczne na tych komórkach są wybitniejsze. Zapatrywanie Sabourina (l. c.), jakoby obszar żył wątrobowych był pierwotną siedzibą zmian zapalnych, nie da się usprawiedliwić w obec téj okoliczności, że w większości przypadków marskości przynajmniéj w początkowych okresach ostatnie rozgałęzienia żył wątrobowych nie przedstawiają zmian żadnych. W obec zdania Sabourina, że jeżeli w wyspach miąższu zmienionego w skutek marskości coś znajdujemy, to jest to tylko gałązka żyły bramnéj, muszę oświadczyć, że jest to właśnie tylko *venula centralis*.

Do marskości przerostowéj musimy zaliczyć jeszcze jednę postać zapalenia przewlekłego, która jakkolwiek etyjologicznie stanowi chorobę *sui generis*, to przecież zmianami makroskopowemi i mikroskopowemi zbliża się do marskości przerostowéj. Jestto zapalenie rozlane w kile wrodzonéj (*hepatitis interstitialis diffusa chronica*). Jestto choroba względnie często napotykana u noworodków, okazujących i inne objawy kiły. W pierwszych dniach po urodzeniu spotykamy zwykle w zwiększonéj i gładkiéj wątrobie rozlany naciek drobnokomórkowy w przestworach międzyzrazikowych i wzdłuż wszystkich prawie naczyń włosowatych (*hepatitis pericellularis congenita diffusa*). Naciek taki kombinuje się często z kilakami prosówkowemi. Wyższe stopnie organizacyi tego nacieku, mianowicie jego przemianę w tkankę łączną, spotykamy bardzo rzadko, bo dzieci umierają zwykle wcześniéj nim do tego przyjdzie.

Jeden z tych rzadszych przypadków jest następujący:

Dotyczył on dziecka 62-dniowego, zmarłego w tutejszym domu podrzutków wśród znacznego wycieńczenia i objawów kiły na skórze (*Stolpa Anna*). Dziecko pochodziło z matki dotkniętéj kiłą, rozpoznanie kliniczne brzmiało: *debilitas congenita, lues*; rozpoznanie zaś anatomiczne: *hepatitis luetica diffusa, plâques muqueuses labiorum et faciei, tumor lienis chronicus, atrophia universalis*. W protokóle sekcyjnym (Obrzut) zanotowano o wątrobie: Wątroba wielka, powierzchnia jéj gładka, błona surowicza nieznacznie zgrubiała, napięta, na powierzchni przekroju miąższ jest barwy jednostajnie brunatnozielonawéj bez żadnego śladu budowy zrazikowéj, zbitość znacznie zwiększona.

Badanie drobnowidowe wykazało: Sprawa zapalna w tym przypadku w całém tego słowa znaczeniu jest rozlana, nieograniczająca się jak w innych postaciach marskości do przestworów międzyzrazikowych lub przeważająca w tychże. Miąższ jest tu w całéj swéj rozciągłości i wszędzie w równym stopniu podzielony bujającą tkanką łączną na pojedyncze składniki, tak że stosunek tych składników do siebie już w niczém nie przypomina fizyjologicznego podziału na pojedyncze beleczki i zraziki. Wśród tkanki łącznéj delikatnie włóknistéj, zawierającéj więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych, ułożone są komórki wątrobowe po dwie, do kilku lub kilkunastu obok siebie. Te odcinki beleczek wątrobowych pod względem położenia pojedynczych komórek obok siebie i ich wielkości, jakotéż kształtów, okazują znaczne różnice. Kształt ich w ogóle jest poskręcany łukowato lub esowato z uciętemi lub ślepo kończącemi się wypustkami. Grubość ich wreszcie jest różna. Miejsca grubsze odpowiadają dwom do trzech komórek wątrobowych obok siebie, części cieńsze zaś składają się z pojedynczego szeregu komórek, które nadto mogą być przypłaszczone i wydłużone, tak że szerokość pierwoszcza odpowiada wielkości jądra. Komórki wątrobowe zwykle nie przylegają bezpośrednio do swych pochewek tkanki łącznéj, tylko oddzielone są od nich szerszym lub węższym wolnym przestworem. W niektórych miejscach takie części beleczek wątrobowych są na drodze przemiany w pseudokanaliki; ma to więc miejsce nie tylko w otoczeniu przestworów międzyzrazikowych, czyli na obwodzie istniejących dawniéj zrazików, objaw ten zauważyć można równie często i w pobliżu żyłki środkowéj. Przemiana ta uwydatnia się tym sposobem, że np. jeden koniec beleczki składa się z prawidłowych komórek wątrobowych, podczas gdy drugi koniec lub jedna ze ślepych wypustek składają się z małych komórek przybłonkowych, bezpośrednio do siebie przylegających o bardzo wąziutkiéj obwódce pierwoszcza. Takie obojętne komórki przybłonkowe ułożone w krótkie szeregi lub małe grupy znajdują się i niezależnie od komórek wątrobowych a umieszczone są w łącznotkankowych przestworach, których kształt jest zupełnie identycznym z pochewkami tkanki łącznéj, otaczającemi wyżéj opisane beleczki wątrobowe. Wreszcie spotykamy w téj wiotkiéj tkance łącznéj przestwory, obejmujące jednę komórkę wątrobową rozmiarów prawidłowych o dwóch do trzech jądrach a w koło niéj przylega bezpośrednio do niéj kilka małych komórek przybłonkowych. Zmian polegających na zwyrodnieniu ani na komórkach zachowanych ani przemienionych w kanaliki nie widać wcale.

Na uwagę nadto zasługują zmiany w naczyniach krwionośnych. Ściany tychże (wszystkich trzech naczyń wątroby) są znacznie zgrubiałe. Zgrubienie to pochodzi częścią od wzmożenia się składników prawidłowo składających tę ścianę, częścią od nacieku drobnokomórkowego. W skutek bujania błony wewnętrznéj naczynia zwłaszcza średnie gałązki tętnicy wątrobowéj są zwężone, niekiedy zupełnie zamknięte. Błona zewnętrzna spływa bez wyraźnéj granicy z pochewką Glissona, w któréj znajduje się więcéj jąder wrzecionowatych niż okrągłych. W skutek tych zmian na naczyniach i lekkiego rozszerzenia tkanki łącznéj około żył przestwory międzyzrazikowe są lekko rozszerzone, kształt ich jest jednak całkiem prawidłowy. Owych grubych wypustek do sąsiednich przestworów międzyzrazikowych nie spotykamy tu nigdzie, natomiast wychodzą z tych przestworów liczne cieniutkie wypustki wzdłuż wszystkich naczyń włosowatych do otaczającego miąższu. Następstwem tego jest, że przestwory międzyzrazikowe mają kształty gwiazd o bardzo licznych i cienkich promieniach. Podobnie błona zewnętrzna gałązek żył wątrobowych spływa z tkanką łączną wśródzrazikową. Nigdzie nie widzimy tutaj zastąpienia miąższu przez tkankę łączną, zjawiska tak zwyczajnego w różnych postaciach marskości. Miąższ jest tu w ogólności zachowany, tylko podzielony tkanką łą-

[1]) *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre* 1886 p. 486.
[2]) *Die 57 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg* (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 50. 1884).

czną śródzrazikową na pojedyncze odcinki. W kanalikach żółciowych prawdziwych nie znajdują się żadne zmiany.

Przypadek ten z zupełnem uprawnieniem można zaliczyć do marskości przerostowej, bo pomimo tak rozległej sprawy zapalnej śródmiąższowej cały narząd był powiększony. Zwiększenie to ma tę samą przyczynę co zwiększenie organu w marskości przerostowej, t. j. zachowanie tej samej ilości miąższu co w stosunkach fizyjologicznych. Tkanka łączna stanowiła tu owo *plus*, zwiększające narząd i jego zbitość. Przemiana miąższu prawidłowego na miąższ embryjonalny była tu tylko ograniczoną, przypuszczać jednak należy, że gdyby życie było trwało dłużej, przemiana ta byłaby rozleglejszą.

Na tem kończę ustęp o t. z. *cirrhosis haematogenes* [1]), a o innych postaciach pomówię w artykułach następnych.*)

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Sprawozdanie o nowszych lekach.

Zestawił Docent Dr. W. Antoni Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

II. Antifebrin.

1. Snyers: Antifebrin w gośćcu stawowym ostrym. *Le Progrès med.* 1886, Nr. 50 i 1887 Nr. 3. — 2. Cahn i Hepp: *Uiber Antifebrin u. verwandte Körper. Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 1. — 3. Sippel: *Uiber Antifebrinbehandlung. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 12. — 4. Secretan: *De l'antifebrine. Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, Nr. 1. — 5. Eisenhart: *Das Acetanilid als Antirheumaticum. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 24. — 6. Dujardin-Beaumetz: *De l'antifebrine. Le Progrès méd.*, 1887, Nr. 2. — 7. Dujardin-Beaumetz: *Bull. gén. de therap.*, 1887, Nr. 6. — 8. Fischer: *Antifebrin gegen lancinirende Schmerzen. Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 23. — 9. Demiéville: *De l'antifebrine. Revue med. de la Suisse romande*, 1887, Nr. 7. — 10. Salm: *Uiber Antifebrin als Antiepilepticum. Neurol. Centralblatt*, 1887, Nr. 11. — 11. Fanze i Deny: *Revue gén. de clinique et de therap.*, 1887, Nr. 20. — 12. Faust: *Antifebrin gegen Kopfschmerzen. Deutsch. med. Woch.*, 1887, Nr. 26.

Przez Cahna i Heppa antifebrin polecony jako środek przeciwgorączkowy zyskał w ostatnim roku podobnie jak antipyrin zastósowanie szersze w tych samych razach co ten ostatni:

Snyers (1) poleca go w ostrym gośćcu stawowym, w którym antifebrin prócz działania przeciwgorączkowego rozwija i swoiste działanie podobnie jak *natr. salicyl.* lub antipyrin, stoi jednak niżej od tych dwóch środków. To samo zdanie wypowiadają Cahn i Hepp (2); Eisenhart (5) zaś, który stósował antifebrin u 34 chorych dotkniętych ostrym gośćcem stawowym, stawia go na równi z innemi środkami w tej chorobie podawanemi. Dawka przez niego używana wynosiła 0·25 kilka razy dziennie (6—8 razy), jeżeli nasilenie choroby wolniało, podawał 4 razy. W niektórych razach stosował 0·50 3—6 razy dziennie z dobrym skutkiem. Ze wszystkich sprawozdawców jeden Secretan (4) mniej pomyślne otrzymał wyniki, wypowiedzenie jednak zdania stanowczego zastrzega sobie na później.

Podobnie jak antipyrin tak samo i antifebrin polecił w roku zeszłym Lépine przeciw przeszywającym bólom u tabetyków. Dujardin-Beaumetz (6) potwierdza to spostrzeżenie (stosując dawkę 0·50 w winie), dodaje nadto, że w jednym przypadku udało mu się uśmierzyć napady padaczkowe (*epilepsia*). W późniejszej swej pracy (7) donosi o dalszych pomyślnych wynikach w padaczce, nadto rozszerza zakres stosowania antifebrinu jako środka uśmierzającego w bólach nietylko u tabetyków ale i w innych razach, np. w nerwobólach. Dawkę stosował 0·50 3—4 razy dziennie dodając, że chorzy niegorączkujący znosili tę ilość antifebrinu nawet przez tygodnie całe podawaną bez szwanku. Dodatnie działanie antifebrinu przeciw bólom rozmaitego rodzaju potwierdzają spostrzeżenia Secretana (4) a zwłaszcza Fischera i Demiévillea. Fischer (8) podając u 18 tabetyków przeciw przeszywającym bólom tylko u jednego nie otrzymał pożądanego wyniku. Działanie rozpoczynało się w 30—90 minut. F. zwykle zapisuje w proszkach po 0·25, które chorzy noszą przy sobie, a w razie rozpoczynającego się bólu biorą natychmiast dwa proszki lub w razie potrzeby i więcej. Popicie winem lub koniakiem jest pożądane. Chorzy nie przyzwyczajają się do tego środka. Przeciw innym bólom antifebrin również korzystnie działał. Démiéville (9) stosował antifebrin przeszło u 80 chorych. Jeżeli antifebrin ma działać jako nervinum, musi być podawany w dawkach dużych 0·50 3—4 razy dziennie. Mniejsze dawki skutkują tylko u dzieci lub osób osłabionych. Ból ustępuje szybko niekiedy po kwadransie, czasem jednak dopiero po 1—2 godzinach. Zwykle pojawia się równocześnie lekka senność (o tem ostatniem działaniu wspomina już Secretan) (4). W przeciwieństwie do Fischera D. twierdzi, że do antifebrinu po długiem używaniu można się przyzwyczaić. Autor stosował antifebrin w 11 przypadkach nerwobólu kulszowego (w 8 z bardzo dobrym wynikiem), w 8 przypadkach lumbago, w 7 bolesnej menstruacyi, u 3ch tabetyków, w 2 przypadkach zgorzeli starczej (*gangraena senilis*) dla wielkich bólów itd. Średnio biorąc był wynik bardzo dobry. Faust (12) wreszcie stwierdził skuteczność antifebrinu w połowiczym bólu głowy i w innych bólach głowy, byle nie opartych na zmianach organicznych w mózgu lub jego oponach, jeżeli podawał w odpowiednio dużej dawce (0·50—1·0).

O ile ze wszystkich stron pomyślne nadchodzą sprawozdania o dodatniem działaniu antifebrinu przeciw rozmaitym bólom i sam je z własnego doświadczenia potwierdzić mogę, o tyle ujemne jako środka uśmierzającego napady padaczkowe (patrz spostrzeżenia Dujardin Beaumetza) (6 i 7). Już Demiéville w pracy co dopiero streszczonej wspomina, że na 7 przypadków padaczki tylko w jednym mógł stwierdzić wybitne polepszenie; natomiast tak Salm (10) podając antifebrin na skutek polecenia Dujardin-Beaumetza u 11 padaczką dotkniętych, jak również Fanze i Deny (11) w 5 przypadkach nie widzieli żadnego dodatniego skutku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

J. Boas: **Papierki tropeolinowe jako odczynnik na kwas solny.** Z używanych dotąd odczynników zwłaszcza barwików anilinowych nie dawał żaden pewnego wyniku, to też starano się podawać coraz to nowe odczynniki na kw. solny. W ostatnich czasach Hösslin a następnie i Riegel zalecili czerwień kongo w rozczynie lub w postaci papierków napojonych tym barwikiem jako odczynnik na kw. solny, który przy zawartości 0,002% kwasu miał dawać pewną próbę. Odróżnić kwasy organiczne od nieorganicznych za pomocą kongo nie udawało się. Tak kw. solny jak i mlekowy i kw. masłowy przy pewnem

---

[1]) Materyjał dotyczący zmian kiłowych w wątrobie u dorosłego nie jest jeszcze uporządkowany i dla tego badanie histologiczne tego materyjału muszę odłożyć na później.

*) Podamy je w styczniu r. p. *Red.*

zgęszczeniu dawały z kongo niebieskawe zabarwienie i z doświadczeń robionych przez B. okazało się, że przy 0,01% kw. solnego daje już kongo zabarwienie niebieskawe, lecz takież samo zabarwienie powstaje, jeżeli weźmiemy kw. mlekowy w rozcieńczeniu 0·03%. Najsłabsze rozcieńczenie, aby już z kongo występowało niebieskawe zabarwienie, jest dla kw. mlekowego 0,02%, a dla kw. masłowego 0,03%—0,04%. Z dodatnich jeszcze stron kongo należy uwzględnić, że sole kwaśne nie wywołują niebieskiego zabarwienia. Za to sól kuchenna lub sole fosforowe w nieznacznym stopniu upośledzają tę próbę, jak również obecność peptonów i istot białkowych.

Chcąc tym niedogodnościom zapobiedz, robił B. próby z tropeoliną, która w obec kw. solnego rozcieńczonego daje piękne lilijowe zabarwienie. Tropeolina 00 (czyli kw. oksynaftylasofenylsulfenowy) z fabryki Schuchardta okazała się najlepszą i tę tylko poleca B. Próbę na kw. solny należy robić w ten sposób: Bierze się 4—5 kropli rozczynu wyskokowego tropeoliny na porcelanową miseczkę, rozprowadza się ją po miseczce, następnie dodaje się parę kropli badanego płynu i ostrożnie ogrzewa się nad lampką wyskokową. Jeżeli kw. solny jest obecny, to powstają tu i owdzie miejsca lilijowo zabarwione i one są właśnie charakterystyczne dla kw. solnego. Kw. organiczne nawet w rozczynie 1% nie dają tej próby. W ten sposób można wykryć kw. solny w rozcieńczeniu 1—2‰. Zamiast rozczynu tropeoliny można używać papierków napojonych tropeoliną, jakkolwiek papierki te są mniej już czułe niż sam rozczyn. Poszuktwanie kw. solnego za pomocą tych papierków uskutecznia się w ten sposób, że się daje do miseczki porcelanowej, w której się znajduje papierek treopeolinowy, 2—3cm.sz. badanego płynu. Papier ten barwi się natychmiast brunatno, jeżeli kw. solny jest obecny. Jeżeli jednak ogrzewamy miseczkę nad lampką wyskokową, to cały płyn przybiera barwę mahoniową, a na brzegach występuje charakterystyczne zabarwienie lilijowe. Przy obecności kw. mlekowego lub masłowego płyn ten barwi się tylko żółto. Można też próbę na kw. solny wykonać w inny sposób: zamaczać papierek w badanym płynie, a w obec kw. solnego papierek zabarwi się brunatno, gdy się go zaś ogrzewa nad lampką, wystąpi po brzegach lilijowe zabarwienie, jeżeli kw. solny jest obecny. Jeżeli zaś są tylko kw. organiczne, to wystąpi brunatne zabarwienie papierka, ale przy ogrzewaniu nie pokaże się barwa lilijowa. Z doświadczeń robionych z tym papierkiem okazało się, że jeżeli nie daje on z pewnym płynem zabarwienia lilijowego, to płyn ten wówczas zawiera mniej niż 0,05% wolnego kw. solnego. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 39).

Dr. J. Surzycki.

Formuły lekarskie. Użycie salolu zewnętrzne.

1. Na popękane brodawki sutkowe:

Rp. Saloli 4·00
Solve in
Aetheris sulfurici 4·00
Adde
Collodii elastici 30·00

2. Mazidło na oparzeliny:

Rp. Olei olivarum 60·00
Saloli 10·00
Aquae calcis 60·00
M. f. linimentum

3. Woda na zęby:

Rp. Saloli 3·00
Spiritus vini 150·00
Olei anisi stellati
Olei geranii āā 0·50
Olei menthae piper. 1·00
MDS. Woda na zęby.

(*Bulletin général de Thérapeutique.* 15 Sept. 1887).

Chirurgija.

Kolischer (Wiedeń): **O leczeniu gruźlicy miejscowej za pomocą wapna.**

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu (18 listopada 1887) miał K. znowu wykład o swoim sposobie leczenia gruźlicy miejscowej. Już w parę miesięcy po ogłoszeniu swojej metody, zwrócił uwagę lekarzy w *Wien. med. Presse* 1887 Nr. 29, że tylko w niektórych przypadkach można się po niej dobrego wyniku spodziewać. Obecnie przyznaje sam K., że stało się z jego sposobem leczenia gruźlicy miejscowej tak, jak z leczeniem mięsaków limfatycznych za pomocą arszeniku, po którém tylko niekiedy wynik bywa zadowalający. Że wyniki jego niezawsze korzystnie się przedstawiają, pochodzi od licznych zwykle napotykanych ognisk gruźliczych w jedném miejscu, np. w stawie kolanowym; ile tu może być ukrytych małych jamek i ognisk serowatych, zmartwiałych? Złe wyniki obciąża zgorzel po wstrzykiwaniach, jużto z powodu sprawy zapalnej odczynowej, jużto urazu mechanicznego i tak już niezdrowych części miękkich. Do sprowadzenia szybkiego zamknięcia się przetok po ropniach szczególnie opadowych używa od niedawna pręcików wapiennych 5% swego składu z dobrym skutkiem, a do jam po sekwestrotomijach tamponów z gazy wapiennej. Otwarcie przyznaje, że do leczenia gruźlicy u starszych osób sposób jego się nie nadaje, jest on tylko próbą, wynik dobry rzadkością. U dzieci za to wynik po nim jest daleko lepszy; przedstawił na tém samém posiedzeniu przypadki, w których już ¾ roku nawrotu choroby nie ma; ale i u dzieci, jeżeli sprawa chorobowa rozległa, zajmuje liczne kości drobne i stawy, np. nadgarstkowe lub śródstopowe, wyleczenie z prostych przyczyn bywa niezupełne. (*Wien. med. Presse* 1887, Nr. 48).

H. K.

(*H. K.*) W liście pisanym do redakcyi niżej podanego czasopisma potwierdza prof. Sonnenburg (Berlin), że używa już od kilku miesięcy wstrzykiwań zgęszczonych rozczynów kwasu karbolowego w guzy krwawnicowe z bardzo dobrym skutkiem. Najchętniej używa do tego rozczynu kw. karbol. z gliceryną 1·0 na 4·0, a z tego wstrzykuje 2 do 4 kropli w każdy guz, stosownie do wielkości jego. Do guzów wysoko w odbytnicy leżących zabieg ten się nie nadaje. Im bliżej leży guz otworu stolcowego, tém leczenie boleśniejsze; leczenie w ogóle widocznie niebardzo bolesne, bo je nawet kobiety łatwo znoszą. Już w czwartym dniu guzy tracą napięcie, więdną, jak się S. wyraża. Sposób ten jest bardzo dobry, nie wymaga bowiem ani usypiania chorego, ani wielkiej wprawy operacyjnej. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1887, Nr. 44).

Okulistyka.

Dr. W. Roeder: **O zapaleniu torebek włosowych rzęs, przyczynach i leczeniu tego cierpienia.**

Blepharadenitis okulistów jest, zdaniem autora, cierpieniem identyczném z *sycosis* innych, uwłosionych części ciała. Dla poparcia tego twierdzenia odwołuje się głównie do analogij w rozwoju (których jednak bliżej nie określa) i na skuteczności epilacyi w obydwu cierpieniach. Z trzech głównych przyczyn zapalenia torebek rzęs: zapaleń spojówki, zwężenia przewodu noso-łzowego i śluzotoku woreczka łzowego, dwie pierwsze wywołują charakterystyczne zmiany jedynie na miejscu najniższém brzegu powiekowego, a więc w części środkowej, ostatnia zaś przyczyna prowadzi do szerze-

nia się sprawy w całéj długości brzegu powiek. Różnicę tę tłumaczy autor têm, że w pierwszym razie stagnujące łzy i śluz dążą jedynie ku miejscu najniższemu, tłusta wydzielina bowiem gruczołów łojowych nie dozwala im się rozlewać na szerszéj przestrzeni. W przypadkach zaś śluzotoku woreczka łzowego domieszka ropy tworzy ze łzami rodzaj emulsyi, która łatwiéj przenika do wnętrza torebek włosowych. Skutkiem tego pęcznieją one, przewody towarzyszących im gruczołków łojowych ulegają zatkaniu, a infekcyja ropna wywołuje około rzęs drobne ogniska ropne, które pękają, poczém treść ich zasycha, tworząc wraz ze złuszczonym przyskórkiem znane strupki między nasadami rzęs. W miarę dłuższego trwania procesu następuje bliznowate ściągnięcie się zewnętrznéj pochewki włosowéj, skutkiem czego włos powstrzymywany w swobodnym wzroście ku przodowi szuka sobie miejsca wśród saméj torebki, co wywołuje ów znany haczykowaty kształt schorzałych rzęs. Wychodząc z takiego zapatrywania radzi autor obok leczenia skierowanego przeciw cierpieniu pierwotnemu, epilować rzęsy, têm bardziéj, że świeżo odrastające, co nie rzadko się zdarza, mają być piękniejsze i dłuższe. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*).

Dr. Sroczyński.

Deutschmann (Hamburg): **O sympatycznêm zapaleniu ócz.**

Przyczyną zapalenia sympatycznego bywa schorzenie oka drugiego. Od jednego cierpienia do drugiego upływa zwykle 3—6 tygodni, niekiedy miesiące i lata. Już w r. 1854 przypuszczał Mackenzie trojakie drogi, któremi zapalenie z jednego oka do drugiego przenieść się może: naczynia, nerwy rzęskowe lub nerw wzrokowy. H. Müller oświadczył się za nerwami rzęskowemi. D. badał tę rzecz doświadczalnie. Hodowle czyste z *staphylococcus pyogenes Rosenbachii* w roczynie soli kuchennéj wstrzyknięte do ciałka szklanego jednego oka królikom wywołały po 8—10 dniach sympatyczne zapalenie nerwu wzrokowego na oku drugiém, a wkrótce potém posocznicę; ten sam pasorzyt wstrzyknięty do samego nerwu wzrokowego, sprowadził w tym samym czasie typowe ropne sympatyczne zapalenie oka drugiego. Drogą zakażenia we wszystkich doświadczeniach była podoponowa pochewka nerwu wzrokowego. W oczach wyłuszczonych ludzkich po sympatycznêm zapaleniu nawet i w ich cieczy komórkowéj mógł D. wykazać te same koki. D. wysnuwa z tego wniosek, że sympatyczne zapalenie oka powstaje przez zakażenie pasorzytem *staphylococcus pyogenes Rosenbachii aureus* i *albus*. Niewystąpienie sympatycznego zapalenia oka po zapaleniu całego oka tłumaczy D. têm, że w niém ropa wydobywa się zazwyczaj na zewnątrz. Wyłuszczenie pierwotnie zajętego oka uważa D. na podstawie swoich doświadczeń za usprawiedliwione tylko wtedy, gdy nerw wzrokowy drugiego oka jeszcze nie jest zakażony, a radzi go w takich przypadkach jak najgłębiéj wyciąć. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 44). *H. K.*

Choroby krtani.

Baumgarten (Budapeszt): **Kokain jako środek rozeznawczy w chorobach krtani.**

Mimo najściślejszego badania nie można bardzo często w chorobach krtani stanowczo rozpoznać pewnych zmian. W pierwszym rzędzie należy tu naciek więzadeł, który może pochodzić od zwykłego nieżytu, od gruźlicy, zołzów, kiły, raka lub od liszaja. Nie powinno się wprawdzie rozpoznawać choroby krtani nie zbadawszy dokładnie, oprócz ścisłego badania miejscowego, skóry na ciele całém lub narządów wewnętrznych, któregoto badania wynik na rozpoznanie choroby krtani stanowczo wpłynąć może; niekiedy jednak i to zawodzi. B. znalazł w kokainie środek, który nam w takich razach pomódz może. Przekonał się on w kilku przypadkach, w których w całym ustroju nic nieprawidłowego wykazać nie mógł, miejscowo zaś tylko słabszy lub silniejszy naciek więzadeł, jednego lub obydwóch, zresztą żadnych innych objawów, że po zapędzlowaniu 10% roczynem kokainu, więzadła poprzednio czerwone, obrzmiałe, bladły i klęsły, chrypka na pewien czas ustępowała a niekiedy i ból ustawał. W tych przypadkach miał do czynienia z ostrym lub przewlekłym nieżytem, będącym przyczyną nacieku, nigdy późniéj do głębszych zmian nie przyszło; za to w innych przypadkach, w których po zapędzlowaniu kokainem naciek się utrzymywał jak przed zapędzlowaniem, a tylko podmiotowo ulgę sprowadził, występowały potém albo wyraźne objawy kiły w krtani, albo gruźlicy, albo zapalenie ochrzęstny.

Na podstawie dotychczasowego swego doświadczenia sądzi B., że w każdym przypadku, w którym naciek po zapędzlowaniu kokainem na pewien czas ustępuje, można rozpoznać tylko nieżyty. Jeżeli zaś pędzlowanie nie sprowadza klęśnięcia i zblednięcia, zmiana chorobowa jest głębsza i ważniejsza, a należy wówczas rokować ostrożnie, bo naciek nieżytowy można prawie na pewne wykluczyć. (*Wien. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 44). *H. K.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 34.

1) Wybrano członkami czynnymi Tow. Drów: Bukowskiego Augusta, Haasego Józefa, Rościszewskiego Erazma, Spirę Rafała i Wachtla Antoniego.

2) Kol. Domański zaprasza członków Tow. lek. na zwiedzenie Zakładu desinfekcyjnego miejskiego, ofiarując się okazać go we wszystkich szczegółach.

3) Kol. Korczyński imieniem Komisyi przemysłowéj przedłożył bańki klejowe elastyczne wyrobu p. Kotowicza w Krakowie, napełniane olejkiem rycinowym, santałowym, tranem, balsamem kopaiwy, wyciągiem kubeb i t. p., które pod względem wykonania w niczém nie ustępują zagranicznym; daléj próbki roślin lek. suszonych. Z uwagi na tyle ważną a zaniedbaną u nas uprawę podobnych środków lekarskich, têm wyżéj podnieść należy godne usiłowania pp. Zieniewicza w Brzostku i Szybalskiego z Morawicy, którzy hodując rośliny lekarskie na większą skalę niemal w całości odprzedają je za granicę. Postanowiono przedstawić gremijum aptekarskiemu potrzebę zaopatrywania się w krajowe środki lecznicze.

4) Kol. Rydygier wygłosił zapowiedziany wykład.

5) Kol. Korczyński oznajmiwszy, iż kol. Piasecki obok wodoleczniczego otworzył i zakład gimnastyczny, wniósł, aby Tow. wyznaczyło komisyję do zbadania urządzeń tego zakładu. Do komisyi wybrano koll. Korczyńskiego, Domańskiego i Ściborowskiego.

6) Kol. Adamkiewicz przedstawił preparat z guza czaszki, umieszczonego około skrzydła małego kości klinowéj, który rosnąc ku mózgowi, wywoływał cały szereg objawów. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie co do natury i usadowienia się nowotworu za życia podane.

W dyskusyi wzięli udział koll. Gluziński i Pieniążek.

Dr. Dobruchowski.

V. W sprawie śmierci nagłéj w rekonwalescencyi po dyfteryi.

W *Przeglądzie Lekarskim* z r. 1879 w Nrze 16ym okazała się rozprawka moja pod tytułem: „Śmierć nagła w re-

konwalescencyi po dyfteryi.“ Opisawszy tamże przebieg chorobowy dotyczącego przypadku, osądziłem, iż śmierć nastąpiła w skutek uduszenia dyfterytyczną błoną wolno wiszącą na migdałku. Zdanie to moje oparłem na osobistéj obserwacyi bardzo krótko trwającéj agonii, gdy inną przyczynę śmierci, mianowicie porażenie lub zwyrodnienie mięśnia sercowego, na podstawie względnie bardzo dobrego stanu ogólnego i tętna prawidłowego wykluczyć mogłem. Pozwoli wielce szan. Redakcyja, iż ustęp odpowiedni z codopiero wspomnianéj rozprawy przytoczę:

„Najważniejszém jednak, a co mnie właściwie skłoniło do opisania przypadku tego, było śmiertelne zejście. Ponieważ krtań przez cały czas trwania choroby nie była zupełnie zajęta sprawą dyfterytyczną, dziecko nie było zresztą chorobą tak dalece osłabione, owszem tętno aż do samego napadu zaduszenia było pełne, nagłośnia przy obmacywaniu nie okazała się obrzmiałą, a mimo tego jednak dziecko skończyło wśród objawów uduszenia, jak tego dowodzi nagłe ustanie oddechów, przy tętnie nitkowatém jeszcze parę minut się utrzymującém i erekcyi prącia, przeto koniecznie przypuścić trzeba, iż uduszenie nie było przypadkowém, że dziecko zasnąwszy mocniéj nie spostrzegło zawczasu, jak mu błonka dyfterytyczna powoli zsunąwszy się za nagłośnię wpadła do krtani, a zatykając odrazu przewód oddechowy zupełnie odebrała przytomność a z nią i możność ratowania się przez odkaszlanie. Tłumaczenie to jest tylko przypuszczeniem, wyniklém z obserwacyi za życia, przypuszczenie to jednak uważam prawie za pewne, chociaż sekcyja tego nie potwierdziła, gdyż o niéj w tym przypadku i mowy być nie mogło.“

Przy tym ostatnim wyrazie uważała wielce szan. Redakcyja za stósowne zrobić następującą uwagę: „Jakkolwiek ze zdaniem tu wyrażoném Redakcyja się nie zgadza, zamieszcza opis tego przypadku mając nadzieję wywołania dyskusyi piśmiennéj.“

Dyskusyja dalsza nie pojawiła się, ja zaś cierpliwie czekałem, czy nie dostanę jakiego poważnego sprzymierzeńca dla poruszonéj przezemnie kwestyi. Pojąć bowiem nie mogłem, dla czego rozumowanie moje miało być bezwzględnie błędném, skoro zupełnie logiczném mi się wydawało. Prawda, że niekażda dyfteryja daje błony twarde i zbite, w mojéj dość obszernéj praktyce produkt jéj przedstawiał mi się po największéj części jako okład mniéj lub więcéj powierzchowny, który późniéj wolno znikał a oddzielania się jego studyjować nie mogłem. Niewątpliwie jednak, choć bardzo rzadko, obserwowałem oddzielający się produkt dyfterytyczny jako błonę słoninowatą, zbitą, dość twardą, szeroką jak przestrzeń zajmowana na całym migdałku, grubą na kilka mm. Nauczony przypadkiem poprzednio wspomnianym błony takie wolne w jamę ust się zwieszające, a tylko małym strzępkiem u migdałka przyczepione, starałem się oddalać z jamy ustnéj, ująwszy je zatém w kleszczyki odcinałem nożyczkami przy nasadzie i nigdy postępowania tego nie żałowałem. Jeżeli bowiem było możebném, że przy pierwszych wdechnieniach chloroformu chory mający być operowanym nagle umarł, a sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci zwitek żutego tytoniu 2·5 cm. długi a 1 cm. usadowiony szeroki na głośni jak czopek (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* XV pag. 188, 1881), dla czegoby nie miało być możebném, że i inne obce ciało, do czego odpowiednio szeroka i długa błona dyfterytyczna zupełnie przydatną mi się być wydaje, tego samego nie miałaby dokazać, zwłaszcza u dziecka śpiącego a osłabionego tak ciężką chorobą, jaką jest dyfteryja?

To też, jak już wspomniałem, wyczekiwałem niecierpliwie, czy na poparcie tego mojego zapatrywania z biegiem czasu nie znajdę sprzymierzeńca; i oto dzisiaj w *Med. Chir. Rundschau* czytam referat z pracy Krystyjana Groena w Christyjanii pod tytułem: *acute Herzdilatation etc. nach Diphteritis faucium*, gdzie z przyjemnością widzę zatwierdzenie sekcyją przypuszczeń moich. Odpowiednie bowiem miejsce referatu tego brzmi: *Groen will die in der Reconvalescenz vorkommenden Fälle von Herzparalyse und Herzschwäche, die zwischen dem 12—16 Tage vom Beginne der Krankheit an, von den syncopeähnlichen Zufällen im Verlaufe der Affection geschieden wissen; da letztere nach Ausweis von ihm ausgeführter Sectionen in der Regel durch Aspiration lose sitzender Membranfetzen und Suffocation zu Stande kommen.*

Referent téj pracy prof. T. Husemann z Getyngi ogłasza czytelnikom rezultaty badań Groena bez żadnych ze swéj strony uwag lub powątpiewań.

Przyznaję się, że z prawdziwą dla siebie przyjemnością odczytywałem to sprawozdanie; w obec mojéj w mowie będącéj rozprawki jest ono dla mnie prawdziwym sprzymierzeńcem; sekcyja bowiem stwierdza moje zapatrywania i przypuszczenia.

Na zakończenie oświadczam, iż poruszam tutaj tę sprawę li tylko w celu zwrócenia uwagi na możliwość niebezpieczeństwa z téj strony zagrażającego, które przecież bez wielkich trudności usunąć można, jeśli się tylko uważa na czas, kiedy się błony oddzielać zaczynają.

Dr. Cięglewicz w Jaśle.

Wezwany w r. 1879 przez Redakcyję *Przeglądu Lek.* do ocenienia nadesłanéj przez kol. Dra Cięglewicza pracy: Śmierć nagła w rekonwalescencyi po dyfteryi, uczyniłem wniosek, ażeby Redakcyja drukując tę rozprawę, zastrzegła się, że wywodów autora nie podziela. Uznając motywy mego wniosku za słuszne, Redakcyja opatrzyła artykuł kol. Cięglewicza odsyłaczem, że ze zdaniem autora się nie zgadza, a drukując jego pracę ma nadzieję wywołania piśmiennéj dyskusyi. Dziś kiedy po blisko 9 latach kol. C. wypomina ten dopisek Redakcyi i to w taki sposób, jak gdyby on nie został usprawiedliwiony, Komisyja redakcyjna poleciła mi, jako ówczesnemu swemu referentowi, ażebym umotywował publicznie swój wniosek, co tém chętniéj czynię, że usprawiedliwienie się przed kol. Cięglewiczem, jako współpracownikiem *Przeglądu Lek.*, jest koleżeńskim obowiązkiem Komisyi redakcyjnéj.

Od czasu jak prawo badania pośmiertnego stało się przywilejem i obowiązkiem wszystkich zakładów klinicznych i szpitalnych, wszelkie wnioski dyjagnostyczne, uczynione *a priori*, a nie potwierdzone sekcyją, utraciły wartość dowodową. Dzisiejsza nauka doświadczalna nie zalicza ich do swego kapitału wiedzy, do statystyki nie wciąga; mogą one mieć znaczenie mniéj lub więcéj szczęśliwych i bystrych przypuszczeń, ale twierdzeniami nie staną się, siły dowodowéj nie nabędą. Kol. C. sekcyi nie odbył, i już ten jeden argument wystarczyłby, ażeby Komisyja redakcyjna ze względu na odpowiedzialność redaktorską zastrzegła się przed jego wywodami, które tak dziś jak i przed 9 laty autor „pewnemi“ mieni.

Jeśli śmierć powstaje nagle, a sekcyja nie mogła być dokonaną, należy przypuścić tę przyczynę śmierci, która w danych okolicznościach bywa najmożliwszą i najczęstszą;

już to samo, że kol. C. potrzebował prawie 9 lat, ażeby w bogatéj kazuistyce lekarskiéj odnaleźć przypadek analogiczny, dowodzi, że on poszedł drogą wręcz odwrotną.

Wysuwając naprzód śmiałe przypuszczenie, że chory umarł w skutek wpadnięcia błony dyfterytycznéj do krtani, włożył kol. C. na siebie obowiązek krytycznego wykluczenia wszystkich zwykłych powodów nagłéj śmierci w rekonwalescencyi po dyfteryi. Te krytyczne rozumowania mogły były stać się głównemi filarami jego twierdzeń. Natomiast nie wykluczywszy n. p. porażenia serca lub płuc, wytworzył kol. C. w swéj pracy lukę, przez którą cisną się wątpliwości i zarzuty, a jednocześnie pozbawił sprawę, któréj broni, najlepszych świadków.

Nagła śmierć w dyfteryi powstaje w sposób dwojaki: w okresie ostrym (tak jak to ma miejsce i w przebiegu innych chorób zakaźnych szczególnie płonicy) śmierć powstaje wśród zapadu, jeśli nie nagle, to w każdym razie szybko i zależy od choroby mięśnia sercowego; ten rodzaj śmierci kol. C. wykluczył. Drugi rodzaj śmierci w przebiegu dyfteryi zdarza się już w okresie rekonwalescencyi i powstaje piorunująco, nagle i zależy bądź od porażenia serca wśród objawów omdlenia, bądź też od porażenia narządu oddechowego, szczególnie przepony, z objawami zamartwicy. Ten drugi rodzaj śmierci nagłéj powstaje, jak powiedziałem, w okresie rekonwalescencyi, a nawet czasem już po opuszczeniu łóżka. Od r. 1862, w którym Charcot i Vulpian pierwsi zbadali istotę porażeń dyfterytycznych, cały szereg prac anatomicznych rozjaśnił do takiego stopnia przyrodę téj choroby, że groźne to powiklanie błonicy przestało być zagadką, a mnogości objawów porażennych na obwodzie odpowiadają wielorąkie i w różnych miejscach rozsiane zmiany chorobowe w mózgu, rdzeniu, zwojach i nerwach. Ze względu na cel obecnych uwag obchodzą nas głównie zmiany chorobowe w nerwie błędnym w całości lub w pojedynczych jego gałęziach (Meyer). Zaburzenia wynikające z tych zmian są nad zwyczaj groźne i sprowadzają nagłą śmierć przez porażenie serca lub płuc, w miarę tego, czy gałąź sercowa, czy też płucna jest zajętą. W obec faktu klinicznego i anatomicznego, że ważne zmiany mózgowo-rdzeniowe i nerwowe wikłają się z dyfteryją i czasem ich następstwem bywa śmierć nagła, czy kol. C. zadał sobie pracę wykluczenia porażeń serca i płuc w opisie spostrzeganego przez siebie przypadku nagłéj śmierci? Ze zdumieniem odpowiadamy, że kol. C. nie tylko nie wykluczył porażeń, ale w całéj rozprawie nie wspomniał o tém powikłaniu dyfteryi; a jeśli w powyższym liście pisze, że „porażenia wykluczył,“ to da się wytłumaczyć tylko tém, że swéj rozprawy z r. 1879 nie odczytał, gdyż w niéj ani istoty, ani nazwy tego groźnego powikłania dyfteryi nie ma. A jednak to wykluczenie nie tylko z założenia swéj pracy powinien był kol. C. uczynić, ale objawy natury nerwowéj, które na swym chorym spostrzegał i drukiem ogłosił, poniekąd same zmuszały go do tego. Głos silnie nosowy i zwracanie nosem płynów przełykanych już wskazywały porażenie podniebienia miękkiego. A daléj: 8go grudnia dziecko nagle wieczorem omdlało, a przywrócone do przytomności było nader blade. Ciepłota w jednéj chwili opadła.... tętno z 128 uderzeń przed chwilą opadło na 45 i tylko w parę godzin doszło do 50. Kol. C. tłumaczy ten nagły spadek tętna i ciepłoty przesileniem chorobowém, a w istocie było to czarny zwiastun zaburzeń w unerwieniu serca, a jak sądzić należy ze spadku tętna, polegających na zadrażnieniu gałązki sercowéj nerwu błędnego. Zaburzenia te zapowiadały możebność nagłego skonu, tak że śmierć, która w dwa dni późniéj rzeczywiście nagle nastąpiła, powinna była zastać kol. C. intelektualnie do niéj przygotowanym.

Lecz wróćmy do twierdzeń kol. C. i przypuśćmy z nim, że dziecko umarło nagle z powodu dostania się błony dyfterytycznej do krtani. W takim razie, jako proste następstwo ciała obcego w krtani, bez względu czy dziecko było przytomne, czy nie, musiałyby wystąpić objawy duszenia się, owe kardynalne objawy ścieśnienia krtani, których pierwowzorem pozostanie zawsze napad duszności w dławcu: chory zrywa się, siada, oczami zrozpaczonemi i wystraszonemi spogląda na otaczających, ręką sięga do szyi, krztusi się, wdech jego długi, chrypliwo-świszczący, dołki nad i podmostkowy oraz międzyżebrza wciągają się, krtań ściąga się ku dołowi, klatka piersiowa unosi się ku górze, mięśnie pomocnicze na szyi i klatce piersiowej w natężeniu, występuje nareszcie sinica, pot zimny i t. d. A teraz zobaczmy, jak ten gwałtowny, bo śmiercią zakończony, akt duszenia się ciałem obcem w krtani spostrzegał i opisał kol. C.: „dziecko z najspokojniejszego snu siada na łóżeczku, wodzi błędnemi oczami wokoło, sili się do kaszlu, do oddechu, a nie mogąc zaczerpnąć powietrza, nieprzytomne pada na łóżeczko“... i wkrótce umiera, albo w innem miejscu: „dziecko skończyło wśród objawów uduszenia, jak to dowodzi nagłe ustanie oddechów, przy tętnie nitkowatém...“ Ani słówkiem kol. C. nie poucza, jaki był oddech, jak zachowywały się dołki i międzyżebrza, mięśnie pomocnicze, czy wystąpiła sinica itd. Jeśli dziecko „siliło się, aby zaczerpnąć powietrza i nie mogło,“ to przyczyna tego była bądź w niedrożności krtani, bądź też w niedowładzie mięśniowego narządu oddechowego; w pierwszym przypadku musiałyby wystąpić wyżej opisane objawy ścieśnienia krtani i chociaż krótka lecz gwałtowna walka, w drugim zaś bezskuteczny wysiłek mięśni ust i skrzydeł nosa do zaczerpnięcia powietrza, natychmiastowe i bierne poddanie się. Wyżej podane szczegóły symptomatyczne są tak cechujące, że w braku sekcyi mógłby kol. C. obrazowym opisem objawów spostrzeganych za życia najdowodniej poprzeć swe twierdzenie, że dziecko udusiło się błoną dyfterytyczną, ale w takim razie musiałyby wystąpić objawy ścieśnienia krtani; tymczasem skreślił on nam obraz konania, który da się zastosować niezawodnie do śmierci z każdej choroby, z wyjątkiem uduszenia się ciałem obcém w krtani.

Z listu kol. C. wynika, że powziął on pochop do wznowienia sprawy swego artykułu z roku 1879, przeczytawszy w *Med. Chirurg. Rundschau* wyciąg z pracy Dra Groena, który przy sekcyi stwierdził błonę dyfteryczną w krtani. Zauważyć jednak należy, że ten sprzymierzeniec, jak kol. C. nazywa Groena, posiada broń o wiele celniejszą i dalekonośniejszą, gdyż wywody swoje opiera na wyniku sekcyi; okoliczność ta usuwa analogiję między przypadkami kol. C. i Dra Groena, i zachodzi wątpliwość, czy zechciałby zaanektowany przez kol. C. sprzymierzeniec, ze względu na nierówny udział sprzymierzonych, wiernie wytrwać w związku. Ale ogół lekarzy i przypadku Groena nie przyjmie bez pewnych zastrzeżeń: wiadomo powszechnie jak wielką wrażliwością odruchową wyróżnia się krtań, i jak potężny narząd wykrztuśny porusza przy wpadnięciu do niej ciała obcego. Jeśli więc krtań posiada unerwienie prawidłowe, jeśli go nie znieczulono lekiem (chloroform), jeśli tę wrażliwość odruchową nie przytępia zatrucie (np. kwasem węglowym), jeśli nerwy krtani nie uległy porażeniu, pojąć nie można, dla czego przy udziale silnych mięśni wykrztuśnych nie pozbyłaby się

krtań przypadkiem wpadłej do niej błony śliskiej, wilgotnej i rozpulchnionej, jaką bywa w okresie rozpadowym? wszak w dławcu błony są zbitsze, skórzaste, a co ważniejsza, nieluźne, a jednak w pierwszym okresie, zanim wystąpi zatrucie kw. węglowym, jakże często chorzy wykrztuszają je po parę centymetrów; dla czegóżby miało być inaczej z błoną luźną? Jest rzeczą niezmiernie ważną, czy Groen rozpoznał za życia wpadnięcie błony dyfterytycznej do krtani, czyli też uczynił to rozpoznanie już na zwłokach: bo nie wszystko, co znajdujemy przy nekroskopii w krtani, bywa przyczyną śmierci; ileż to razy krtań zawiera wymiociny, pokarmy, bywa zatkana śluzem, a przecież nikomu nie przychodzi pomysł dopatrzenia w tych ciałach obcych przyczyny śmierci, jeśli sekcyja wykazuje inne, śmierć sprowadzające zmiany. W przedśmiertnym okresie, kiedy występuje znieczulenie sinicowe, lub też kiedy w skutek słabéj akcyi serca powstaje nieprawidłowe funkcyjonowanie narządu mózgowo nerwowego, do krtani wpaść mogą z łatwością ciała obce, mające łatwy do niej przystęp, a więc i błony dyfterytyczne; wierzymy, że *in ultimis*, kiedy energija nerwowa i mięśniowa są już wyczerpane, krtań tych ciał obcych nie wykrztusi, ale to są już tylko czasem zdarzające się powikłania konania, a nie przyczyny jego.

Streszczając się mniemamy, że dla utwierdzenia w nauce faktu klinicznego, jakoby w przebiegu dyfteryi błona dyfteryczna mogła wpaść do krtani i sama przez się mogła śmierć sprowadzić, potrzeba następujących dowodów: a) wykluczenia śmierci nagłej przez porażenie serca lub płuc, b) spostrzegania objawów ścieśnienia krtani za życia i c) stwierdzenia obecności błony dyfterytycznej w krtani — na zwłokach.

A teraz zwróćmy się do kol. Cięglewicza: porażeń serca i płuc on nie wykluczył, objawów ścieśnienia krtani za życia nie opisał i sekcyi nie odbył; cóż może być słuszniejszego i naturalniejszego, że świadoma swej odpowiedzialności Redakcyja *Przeglądu Lek.* zastrzegła się co do pewności przypuszczeń autora i wyraziła w odsyłaczu, że ze zdaniem jego się nie zgadza.

My zaś żywimy stałą nadzieję, że kolega C. znajdzie w tych kilku uwagach zadośćuczynienie dla siebie i zechce w nich dopatrzeć tylko koleżeńskiej wymiany przekonań.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie c. k. kraj. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1885. Lwów, 1887, Lex. 8vo, str. 40 i XLIII. Dwunaste to z rzędu sprawozdanie naszéj krajowéj Rady zdrowia rozpada się jak kilka poprzednich na dwie części: jednę stanowi właściwe sprawozdanie ułożone przez prof. Dra Czyżewicza, drugą tablice statystyczne zestawione przez Dra Merunowicza. — Obraz sanitarnych stosunków kraju naszego, jaki dają obie części, przedstawia się bardzo smutno; trudno tu wchodzić w szczegóły, ograniczamy się zatém tylko do podania kilku ważniejszych cyfer. Śmiertelność w roku sprawozdawczym była większą niż w roku poprzednim i wynosiła, nie licząc nieżywo urodzonych, 3·51%. (Największą śmiertelność wykazał powiat horodeński 4·92% a najmniejszą powiat pilzneński 2·36%). Z wyjątkiem krztuśca wzmogła się śmiertelność z wszystkich chorób nagminnych, pochłonęły one w r. 1885 więcéj niż 1/4 część całorocznego ubytku ludności, a blisko 1/4 zabrały gruźlica i choroby dróg oddechowych. Znacznego także kontyngensu śmiertelności dostarczył brak opieki nad niemowlętami w pierwszym roku życia. Przy porównaniu cyfry urodzin i cyfry śmiertelności okazuje się przyrost nader słaby 0·84%, mniejszy niż w roku poprzednim o 0·40%. Każdemu, kto uwzględni przybytek, i tak już znaczny, śmiertelności i ubytek małéj stosunkowo liczby urodzin z jednéj strony a z drugiéj okoliczność, że w ciągu roku sprawozdawczego żadna z chorób nagminnych nie przybrała szerszych rozmiarów, ujawnią się smutne sanitarne stosunki kraju, wymagające rychło jakiegoś zaradzenia. — W dalszych rozdziałach przedstawiono szczegółowo różne stosunki sanitarne a przejrzenie ich bardzo smutne nieraz nasuwa myśli. Zwrócimy tylko uwagę na jeden rozdział, dotyczący wykazów porodowych przez akuszerki prowadzonych, które po raz pierwszy zostały Radzie zdrowia przedłożonemi. Są one tak niedokładne, że żadnego znaczenia przypisywać im nie można (w Krakowie np. wykazano w ciągu roku tylko jedno poronienie); świadczy to o nad wszelki wyraz niskim stanie pomocy położniczéj w kraju. Sprawozdanie kończą jak zwykle wnioski, z których niektóre, jeżeli się nie mylimy, od lat 12 corocznie powtarza Rada zdrowia. Niektóre z poruszonych w tych wnioskach spraw zależą od władz rządowych, inne od władz autonomicznych; najnaglejszą, zdaniem naszém, jest potrzeba zaprowadzenia gminnéj służby zdrowia, doprowadzenie czego wymaga współdziałania i ofiar tak ze strony rządu jak i kraju. Życzeniem, oby w kraju naszym jak najrychléj sprawa ta za przykładem innych krajów koronnych rozwiązaną została, kończymy wzmiankę o sprawozdaniu krajowéj Rady zdrowia, którego uzasadnieniem, rzucającém światło na stosunki miejscowe pojedynczych okolic, są dodane a pracowicie zestawione tablice statystyczne.

K. G.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,5. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z dławca i błonicy 1 (2 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 5 (4 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach płonicy, 1 krztuśca, 4 błonicy, 2 duru brzusznego, 4 róży, 1 czerwonki. W tygodniu od 9—15 października umarło z ospy: w Brodach 1, w Wiedniu 2, w Tryjeście 8, w Pradze 1, w Budapeszcie 2, w Warszawie 17, w Rzymie 4, w Paryżu 5, w Petersburgu 2. Z odry umarło w Tarnopolu 3, w Londynie 14, w Kopenhadze 42. Z płonicy umarło we Lwowie 3, w Brodach 1, w Londynie 56, w Warszawie 11, w Petersburgu 17. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 21, w Londynie 17. Z czerwonki umarło we Lwowie 4, w Czerniowcach 1. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Londynie 27. Z błonicy i dławca umarło w Brodach 4, w Przemyślu 2, w Tarnopolu, w Tarnowie, w Czerniowcach, we Lwowie i w Drohobyczu po 1, w Wiedniu 16, w Berlinie 31, we Wrocławiu 10, w Lipsku i Królewcu po 8, w Hamburgu 11, w Paryżu 18, w Londynie 38, w Warszawie 12, w Chrystyjanii 14.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,5; we Lwowie 37,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 17,9; w Przemyślu 36,7; w Stanisławowie 37,4; w Tarnopolu 37,7; w Tarnowie 14,2; w Czerniowcach 26,8; w Wiedniu 21,9; w Salcburgu 25,1; w Gracu 27,2; w Tryjeście 25,7; w Insbruku 23,3; w Pradze 28,5; w Bernie 33,8; w Ołomuńcu 40,9; w Opawie 21,0; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 27,8; w Berlinie 18.8; we Wrocławiu 24,5; w Gdańsku 24,3; w Dreźnie 17,4; w Hamburgu 23,5; w Kolonii 15,6; w Lipsku 18,8; w Mnichowie 24,8; w Strasburgu 17,7; w Amsterdamie 18,0; w Brukseli 20,8; w Budapeszcie 25,7; w Chrystyjanii 19,4; w Kopenhadze 25,6; w Londynie 16,7; w Odesie 26,7; w Paryżu 19,7; w Petersburgu 21,6; w Rzymie 25,9; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 19,0.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* ~~Kraków 15 grudnia.~~ Wydział lekarski na ostatniém swém posiedzeniu zamianował Dra Hempla prow. asystentem drugim przy katedrze anatomii patologicznéj, elewami przy klinice chirurgicznéj Drów Gressa i Gabryszewskiego, wreszcie demonstratorem przy katedrze fizyjologii kand. med. Piątkowskiego.

* Nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich

wyjdzie w miesiącu styczniu 1888 r. dzieło Dujardina-Beaumetza p. t. „Higijena żywienia“ w tłumaczeniu Dra Z. Dobieszewskiego.

* Tak z Królestwa jakotéż z prowincyi naszéj dochodzą nas głosy, że czas, przeznaczony dla Zjazdu V we Lwowie odbyć się mającego, niefortunnie został obrany; głosy te uważają m. wrzesień za nierównie odpowiedniejszy. Nie czyniąc ze swéj strony żadnego wniosku, zwracamy tylko uwagę Wydziału gospodarczego na te życzenia kolegów.

* W miasteczku Ciężkowicach może lekarz zaraz osiąść. Dochód stały od kolei żelaznéj wynosi 180 złr. rocznie a gmina wyznaczy również skromną płacę. Bliższych wyjaśnień udzieli aptekarz miejscowy p. Zoppoth.

* W sobotę d. 17 bm. odbędzie się w Pradze czeskiéj uroczystość 100-letnich urodzin znakomitego fizyjologa czeskiego Purkyniego urządzona staraniem Wydziału lekarskiego Uniw. czeskiego. Z tego powodu imieniem Wydziału lek. krakowskiego Dziekan wystosował życzenia drogą telegraficzną, Akademija Umiejętności zaś wysłała pismo następującéj treści:

Do Świetnego Wydziału Lekarskiego
c. k. Uniwersytetu czeskiego w Pradze.

Zasłużonego w nauce i w narodzie męża pamięć czci Świetny Wydział Lekarski obchodem setnéj rocznicy urodzin Jana Purkyniego.

W miłości nauki i w bliskiém pokrewieństwie naszych narodów mamy podwójny tytuł, żeby z Wami pospołu pamięć tych szanować, którzy już chlubnie zawód swój skończyli i takich życzyć, którzyby w przyszłości prowadzili daléj ich dzieło i do ich dwojakich zasług dodawali nowe.

W imieniu Akademii Umiejętności przesyłamy wyraz hołdu dla znakomitego nieboszczyka, dla Wydziału zaś i Uniwersytetu jak dla czeskiego Narodu życzenie, aby jemu podobnych zawsze na pożytek nauki, na pożytek i zaszczyt własny wydawał.

Kraków d. 14 grudnia 1887.

Dr. Majer, Prezes Ak. Um. — *Dr. St. Tarnowski*, Sekr. generalny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. botaniki Edward Strassburger otrzymał charakter tajnego radzcy rządowego. — **Dorpat.** Na miejsce Rungego ma być powołany docent prywatny Löhlein z Berlina. — **Marburg.** Na miejsce Rosera powołany został prof. Braun z Jeny. — **Wiedeń.** Docent okulistyki w Gracu Dr. Wilhelm Czermak, otrzymał *veniam legendi* w Wydziale lek. wiedeńskim. — **Kazań.** Docent Dr. Razumowski mianowany nadzw. profesorem chirurgii operacyjnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Pan Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi w Xéj klasie: asystentów sanitarnych Dra Karola Kronenberga w Limanowy i Dra Alfreda Berggrüna w Żółkwi; asystentami zaś sanitarnymi lekarzy wolno praktykujących: Dra Zdzisława Lachowicza w Żydaczowie, Dra Antoniego Coghena w Bohorodczanach, Dra Adolfa Goldhabera w Nowym Targu, a przeniósł asystenta sanitarnego Dra Mieczysława Hirschlera do Bóbrki.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Maryjan Grabowski rodem z Liszek i Jakób Przysłupski rodem z Węglówki w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 7 bm. umarł w Wiedniu po dłuższéj chorobie w 69 roku życia Dr. Karol Langer-Edenberg, radzca dworu i referent w Ministerstwie Oświecenia, prof. anatomii opisowéj i rzeczywisty członek Akademii Umiejętności itd. Urodzony d. 15 kwietnia 1819 r. w Wiedniu, otrzymał dyplom doktorski w r. 1842, był aż do r. 1850 asystentem i prosektorem tamże, późniéj profesorem zoologii w Budapeszcie, od r. 1856—1870 profesorem anatomii opisowéj w szkole józefińskiéj a od r. 1870 profesorem tegoż przedmiotu w uniwersytecie wiedeńskim. Oprócz licznych prac szczegółowych napisał wykład anatomii opisowéj i topograficznéj a ostatniém jego dziełem było *Anatomie d. äusseren Formen des menschlichen Körpers* wydane w r. 1884 w Wiedniu, w którém złożył dowód niezwykłego w naszych czasach wykształcenia ogólnego, klasycznego, oraz znawstwa antropologii i estetyki. Jako nauczyciel gorliwy i cierpliwy, jako referent Wydziałów lekarskich w Ministerstwie, życzliwy dla młodszych, używał on powszechnego szacunku, głównie dla swéj skromności. Katedrę anatomii po nim otrzyma Zuckerkandl w Gracu lub prof. Rabl w Pradze; obaj byli asystentami jego. Kto go zastąpi jako referent, dotąd nie wiadomo. W imieniu Wydziału lek. naszego Dziekan wystosował pismo kondolencyjne na ręce najstarszego syna, prymaryjusza Ludwika Langera w Wiedniu.

W Berlinie umarł tajny radzca sanitarny Dr. Eulenburg w 76 roku życia, ojciec newropatologa w Berlinie żyjącego. Zmarły położył zasługi na polu ortopedyi i gimnastyki lekarskiéj. — W Warszawie umarli Drowie Jan Budzyński i Hipolit Hollenderski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Medycynie* Nr. 50: Tymowskiego: Przypadek trądu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Bujwida: Odczyn chemiczny na bakteryje cholery azyjatyckiéj (czerwień cholery); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 grudnia o godzinie 6éj **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém nastąpi wybór prezesa i urzędników Towarzystwa na rok przyszły, poczém kol. prof. Rydygier będzie miał rzecz o nowym sposobie cięcia podbrzusznego (*sectio alta*) z przedstawieniem chorego i preparatów, potém przedstawi cystoskop Nitzego, a następnie odbędą się zapowiedziane na przeszłém posiedzeniu odczyty kol. doc. Gluzińskiego i kol. doc. Jaworskiego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Drowi O. w B. Rozprawę otrzymałem i dziękuję. Druk jéj rozpocznie się dopiero w styczniu, bo ostatnie dwa numery tegoroczne już są zapełnione. Wniosek szan. kolegi przedłożę Komisyi redakcyjnéj a o rezultacie natychmiast Go zawiadomię.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 24 Grudnia 1887. Nr. 52.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1888 rok dwudziesty siódmy swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z oddziału dla chorób wewnętrznych Dra O. Widmanna w Szpitalu powsz. we Lwowie.

Strophantus hispidus w chorobach serca

przez

Dra Leona Rosenbuscha

sekundaryjusza tego oddziału.

Od niedawna znana roślina *Strophantus hispidus* pochodzi z Afryki, gdzie jéj krajowcy używają do zatruwania strzał. W tym celu wygniatają, jak to opisuje Christy, świeże jéj nasiona, a zarobiwszy je z wodą, tworzą gęstą papkę, która po pewnym czasie przybiera czerwonawe zabarwienie. Papka ta służy do pocierania strzał, a zwierzę ugodzone w ten sposób zatrutą strzałą natychmiast ma padać; mięso zaś zabitego zwierzęcia wcale nie ma być szkodliwém. Chcąc się zupełnie od możliwego zatrucia zabezpieczyć, okrawają myśliwi przed przyprawianiem mięsa tylko samą ranę.

Nazwa rośliny pochodzi od στρέφω i ἄνθος. Charakterystyczną jest postać nasion, które tworzą elipsoidy wydłużające się w jednym kierunku i kończące się drobnym puszkiem. Oprócz *Strophantus hispidus* opisuje Christy także inne gatunki, jak *Strophantus dichotomus*, *longicaudatus*, *Grifitii*, *brevicaudatus*, *Ledienii*, *laurifolius*.

Rozbiór chemiczny w handlu napotykanych nasion wykazuje skład następujący według Elborna:

Tłuszczu (w wyciągu oleju skalistego)	20·80
Zieleni roślinnéj (*chlorofylu*) (w wyciągu eterycznym)	0·90
Alkoholem abs. wyciągniętego *glycosydu* gorzkiego	1·50
Wodą wyciągniętego glycosydu	2·30
Istot białkowych	19·60
Istot nierozpuszczalnych	54·30
	100·00

Glyosyd rozpuszczony w stosunku 1 : 380·000 ma jeszcze nadawać rozczynowi smaku gorzkiego.

Rośliny téj pierwszy doświadczał Fraser, a wyniki tych doświadczeń zamieścił w *British medical Journal* z dnia 14 listopada 1885. Stósował on nastój ze *Strophantus hispidus* w dawce 10—20 kropli 3 razy dziennie i uskuteczniał podskórne wstrzykiwania w dawce 1 miligr. na dzień w chorobach serca. Pierwsze spostrzeżenia nad tym lekiem w Ameryce ogłosił Dana w *New York medical Record* 18 grudnia 1886. Wyniki jego doświadczeń potwierdzają zupełnie podania Frasera. Bowditsch wreszcie, (*Boston med. and surg. Journ.* 1887) który wyłącznie nastoju używał, widz-

w strofantynie bardzo skuteczny lek w chorobach serca. Fraser dochodzi po swych fizyjologicznych i klinicznych badaniach do następujących wniosków:

1) *Strophantus* wzmaga siłę skurczu, zmieniając równocześnie szybkość ruchów serca.

2) Na jelita działa bardzo nieznacznie lub wcale nie.

3) Nie wywołuje zaburzeń w przewodzie pokarmowym tak jak naparstnica.

4) Ma tak samo jak ona własności moczopędne i przeciwgorączkowe.

5) Nie nagromadza się w ustroju (nie ma działania zbiorowego).

6) Stosować go należy zawsze w małych dawkach.

Od kilku miesięcy podaję przetwory tego środka leczniczego chorym sercowym w oddziale wewnętrznym szpitala powszechnego we Lwowie. Początkowo używałem tabliczek (kołaczyków) *Burroughs*, *Wellcome et Comp. Snow Hill Buildings, London*, następnie nastoju, a wreszcie strofantyny z fabryki E. Mercka w Darmstadzie. Dawka jednorazowa nastoju wynosiła początkowo 5 kropli, dziennie 15 kropli czystego roczynu. Gdy dłuższe doświadczenie wykazało, że nastój ze *Strophantus hispidus* w tej dawce podawany nawet przez kilka tygodni żadnych ubocznych nie sprawia objawów, poczęliśmy stosować go w dawce 10 kropli 3 razy dziennie, a wreszcie w cięższych przypadkach dochodziliśmy do 75 kropli czystego nastoju na dzień. Strofantynę wstrzykiwałem w dawce 1—2 miligr. podskórnie raz na 2—3 dni.

Miałem przeważnie choroby serca na względzie, a tu przedewszystkiém wady organiczne, ale prócz tego podawałem przetwory tego leku także w chorobach osierdzia, mięśnia sercowego i tętnic, jakotéż w całym szeregu chorób nerkowych, szczególnie w *Nephritis parenchymatosa acuta et chronica* i *Nephritis interstitialis*.

Tabliczki i nastój posiadają smak gorzki, który dłuższy czas jeszcze po zażyciu się utrzymuje. Zgodnie z Fraserem przyznać trzeba, że nastój ze *Strophantus* chorzy bardzo dobrze znoszą. W rzadkich tylko przypadkach i to u chorych, których przewód pokarmowy już był siedzibą sprawy chorobowéj, zażycie znaczniejszéj dawki nastoju wywoływało nudności, a ledwie kilka razy wystąpiły wymioty, które jednak wkrótce już po podaniu kilkunastu kropli wody wawrzynośliwowéj ustępowały. Stałe zaś dodawanie wody wawrzynośliwowéj do nastoju *Strophantus* uważam za rzecz co najmniéj zbyteczną.

Pomijając zatém nieliczne te przypadki, w których po podaniu nastoju wystąpiły objawy gastryczne, powiedzieć można, że przetwory tego leku nie upośledzają trawienia, ani też na ściany przewodu pokarmowego nie działają.

Podskórne wstrzyknięcie strofantyny w dawce 1—2 miligr. wywołuje natychmiast silne pieczenie w miejscu zastosowania. Pieczenie to utrzymuje się kilka godzin, a towarzyszy mu prawie zawsze znaczne zaczerwienienie i obrzmienie skóry na dość znacznéj przestrzeni. Nadto prawie we wszystkich przypadkach, w których używałem przetworu tego ze względu na możność dokładnego oznaczenia dawki i dokładnéj obserwacyi co do poszczególnych okresów działania, występowały zawroty głowy, nudności i wymioty, które jednak nie pociągały za sobą pogorszenia się stanu ogólnego.

15—20 kropli nastoju zastósowane u człowieka zdrowego wywołuje w 10—20 minutach zwolnienie tętna, znaczniejsze napięcie tętnic, lekkie zaczerwienienie twarzy, uczucie tętnienia w skroniach, uszach i niejaką ciężkość w tyłogłowiu. Oddechy stają się głębszemi, a podmiotowe uczucie ciepła w odnogach wzmaga się. Zwolnienie tętna u człowieka zdrowego, któremu podano 20 kropli nastoju, wynosiło:

	Przy podaniu	= 86
po 20 kr.	5 min.	= 82
	10 min.	= 78
	30 min.	= 72
	40 min	= 68 uderzeń na minutę.

Podobne działanie stwierdzić można także u osób chorobami serca dotkniętych. 10 kropli czystego nastoju wywoływało w 20—60 min. po podaniu najprzód zwolnienie tętna i znaczniejsze napięcie tętnicy. W przypadku wady zastawkowéj (*Insufficientia bicuspidalis cum stenosi in stadio incompensationis, Hydrops universalis*) spadła liczba tętna z 132 na 108 uderzeń na minutę w przeciągu 15 minut po podskórném zastrzyknięciu 1 miligr. strofantyny. Zwolnienie to przy zastósowaniu podskórném i jest wybitniejszém, a mianowicie rychléj występuje już w 2—3 minut, utrzymuje się zaś 4—8 godzin. Również wybitnie stwierdzić można podwyższenie się fali tętna, które stopniuje się do 15 minut po zastrzyknięciu. Objawy te, które stwierdzić się już dają obmacaniem tętnicy, jeszcze wybitniéj wykazują zdjęcia sfigmograficzne w poszczególnych przypadkach uskuteczniane.

Wspomniałem już na wstępie, że głównie podawałem strofantus w chorobach serca. Wielka liczba chorych sercowych, w szpitalu powszechnym stale utrzymywanych, przedstawia znaczny bardzo a cenny materyjał obserwacyjny. Najwybitniejsze może zmiany ogólne wywoływały choroby wsierdzia, wady zastawkowe o tyle, że ledwie bardzo mała liczba chorych nawiedza szpital w okresie kompensacyi, wszyscy chorzy zaś prawie szukają pomocy w szpitalu dopiero w okresie niekompensacyi daleko już posuniętéj, wśród objawów ogólnéj opuchliny skóry i jam ciała. U chorych tych po dłuższém podawaniu nastoju obrzęki znikały, sinica i duszność zmniejszały się, ilość moczu stawała się większą a rozmiar poprzeczny serca zmniejszał się. Chorzy innego nie otrzymawszy leku szpital opuszczali w stanie wyrównanéj znowu kompensacyi. Tak samo działał lek ten przez dłuższy czas podawany w chorobach mięśnia sercowego i osierdzia.

W przypadku *Myocarditis chronica* u chorego, który leżał przed kilkoma miesiącami w szpitalu, kilkakrotne podawanie 1% *Inf. fol. digitalis* niemiarowości tętna nie zniosło, z którą też chory szpital opuścił; obecnie niemiarowość ustąpiła prawie zupełnie po dwóch zastrzyknięciach 2 miligr. strofantyny i następowém podawaniu *trae stroph.* Innym wybitnym przykładem jest chory z *Insufficientia valvul. semilunarium aortae et valv. bicusp.* (*Vitium complicatum*). Chory ten przebywa w szpitalu od kilku miesięcy, przybywszy z objawami znacznéj niekompensacyi. Początkowo zastósowano naparstnicę. Po kilkorazowém podaniu 100 gr. 1% naparu ustąpiły zmiany przez niekompensacyję wywołane zupełnie. Po trzech tygodniach, w czasie których chory żadnego leku nie używał, wystąpiły ponownie obrzęki odnóg dolnych, duszność i sinica, przeciw którym zastósowano *Tra Strophant.* 3 razy dziennie po 10 kropli. Po kilku dniach obrzęki ustąpiły, poczém zaprzestano lek podawać. Gdy jednak po dwutygodniowéj przerwie obrzęki dookoła kostek znowu powstały, podaliśmy ponownie w téj saméj dawce nastój ze *strophantus*, który odniósł znowu skutek zamierzony.

(Dok. nast.)

II. Z chirurgii jamy brzusznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziałem chirurgicznym w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

3 Bąblowiec (*Echinococcus*) wątroby, niezwykłych rozmiarów. Przecięcie doraźne. Wyzdrowienie.

Maryjanna K., 30-letnia mężatka z Pleszewa, od 5 lat zamężna, córka rzeźnika. Rodziła 5 razy, lecz tylko ostatni płód donosiła, cztery poprzednie poroniła nieżywe. Ostatni połóg odbyła przed kwartałem, w tym czasie chorowała długo z gorączką. Wkrótce po zamężciu uczuła obrzmienie i ból w okolicy wątroby; jeden i drugi objaw wzmagał się z czasem i po ostatnim połogu zmusił chorą do szukania pomocy w operacyi.

Chora wynędzniała, o żółtéj cerze twarzy, brak łaknienia. Przy głębokiém oddychaniu ból w prawém podżebrzu i w okolicy dołka podsercowego. Górna część brzucha mocno w górę wysadzona: stłumienie wątroby sięga w linii pachowéj przedniéj prawie do *spina ant. sup.* a w linii mostkowéj aż do pępka, na lewo stłumienie wątroby zlewa się za stłumieniem śledziony. Dolny brzeg wątroby można dokładnie wymacać. Na przedniéj powierzchni wątroby pomiędzy liniją sutkową i lewą liniją mostkową widzi się okrągławe wypuklenie, odgraniczone wyraźnym rysunkiem od reszty otoczenia. Guz ten chełboczący porusza się wraz z ruchami oddechowemi i wątrobą. Punkcyja probiercza, w tém miejscu strzykawką Pravaza wykonana, wykazuje treść ropiastą, niezawierającą haczyków bąblowcowych. Cieplota miernie podniesiona.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy bąblowcem a ropniem przewlekłym wątroby. Dnia 27/8 b. r. w obecności kolegi Dra Preibisza, dawniejszego lekarza naszéj chCopy, przystąpiliśmy do laparotomii. Cięcie na wysokości obrzęku od wyrostka mieczykowatego aż prawie do pępka. Obrzęk tuż pod otrzewną, blaszka otrzewny wątrobowa z blaszką ścienną zrośnięta. Zawartość jamy bąblowcowéj składała się z trzech blisko litrów płynu żółtawo-zielonkowatego, mnóstwa pęcherzy wielkości gołębiego jaja, tudzież z ogromnego pęcherza macierzystego, który w wielu miejscach już był przedziurawiony. Po wyprzątnięciu treści można było dokładnie ręką zbadać cały obszar jamy; zajmowała ona całe prawe podżebrze, okolicę podsercową i podżebrze lewe, a w całości przedstawiała objętość głowy dorosłego człowieka. Po wypróżnieniu jamy wypłokano ją kilku litrami rozczynu sublimatu 1‰, a następnie wytamponowano o ile możności jak najszczelniéj gazą jodoformową. Na to przyłożono opatrunek przeciwgnilny uciskający. Ciepłota już tego samego wieczora prawidłowa. Przy pierwszéj zmianie opatrunku dnia 30/8 znaleziono w jamie nieco płynu krwią zabarwionego i wypłukano jeszcze kilka pęcherzy bąblowcowych. Jama wypełniała się bardzo wolno, tamponowano ją ciągle gazą jodoformową, przestrzykiwano sublimatem, od czasu do czasu eterem jodoformowym i 5-procentowym rozczynem azotanu srebra, celem przyspieszenia i podniecenia ziarniny. Chora terapiję tę znosiła bardzo dobrze, szybko wracała do sił i mimo, że jama bąblowcowa jeszcze nie była wypełniona, opuściła zakład dnia 11/10 spiesząc z powrotem do Pleszewa, gdzie kol. Dr. Likowski dalszém jéj zajął się leczeniem.

4. Rak trzustki (*pancreas*). Laparotomija rozpoznawcza.

Teofila S., 33 letnia wyrobnica z prowincyi. Przed półtora rokiem choroba rozpoczęła się od bólu w okolicy żołądka, braku łaknienia i wymiotów, które, zwłaszcza po jedzeniu, często chorą trapiły. Przed sześciu miesiącami zaczął choréj obrzmiewać brzuch, równocześnie miesiączka prawie zupełnie ustała, a bóle żołądkowe jakoby się zmniejszyły. Od maja aż do téj pory dwa razy naszéj choréj odpuszczano puchlinę brzuszną. Stolec w tym czasie miał być prawidłowy.

Chora o cerze bladéj, nieco żółtawéj, całém wejrzeniem swojém zdradza okres zbliżającego się charłactwa. Płuca i serce zdrowe, język obłożony. Brzuch mocno powiększony, wypełniony płynem, objętość w wysokości pępka = 119cm. Wymacywaniem nie można wykazać nic nieprawidłowego, żadnego w jamie brzusznéj obrzęku. Chełbotanie wyraźne. Wypuk przedstawia stłumienie z wypukłością ku górze, przy zmianie bocznego położenia stłumienie po stronie prawéj lędźwiowéj nieco się wyjaśnia, po stronie lewéj pozostaje niezmienione. Dolnego brzegu wątroby wymacać nie można. Punkcyja wykazuje płyn jasny, barwy żółtawo zielonkowatéj o ciężarze gatunkowym 1016, składający się z białka, niezawierający paralbuminy, ani mocznika (rozbiór Dra Citrona). Przy zmniejszoném przez punkcyję napięciu powłok brzusznych podjęte badanie trzew nie daje żadnego rezultatu.

Dnia 8/11 b. r. wykonano laparotomiję rozpoznawczą w obecności Dra Preibisza i Dra Święcickiego. *Ascites*. Otrzewna ścienna nieco nastrzykana; wypuściwszy surowicę i wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj, stwierdziłem bardzo nieznaczne powiększenie jajników; macica, zwoje kiszkowe i śledziona w stanie prawidłowym. Badając daléj jamę brzuszną doszedłem do trzustki, któréj głowa przedstawiała guz twardy o powierzchni nierównéj, zrośnięty z dwunastnicą, z żołądkiem i do tylnéj ściany brzusznéj mocno przyczepiony. Guz ten wielkości średniéj męskiéj pięści uznaliśmy za złośliwe zwyrodnienie (*sarcoma?*) trzustki, a ponieważ i dolny brzeg wątroby okazał się twardym przy obmacywaniu, przeto ze względu na szczelne zrosty trzustki z otoczeniem, a zwłaszcza ze względu na podejrzany stan wątroby od zabiegu operacyjnego odstąpiliśmy.

Cięcie w powłokach brzusznych zespoiło się pod jednym opatrunkiem, bez najmniejszéj reakcyi zapalnéj. Atoli już 8go dnia przy zdjęciu opatrunku zauważyliśmy, że jama brzuszna surowicą na nowo się wypełnia; gdy tedy chora odżywiła się nieco, uskuteczniliśmy punkcyję i chorą odesłaliśmy do domu.

Rak trzustki, bez względu na to czy pierwotny, czy przerzutowy, jest cierpieniem, które bardzo rzadko staje się przedmiotem nie już terapii, ale nawet dyjagnozy chirurgicznéj. Obrazu klinicznego cierpienia niniejszego prawie nie znamy, a guz w naszym przypadku był jeszcze zbyt mały, aby mógł inne patognomoniczne wywołać objawy, jak ucisk na sąsiadujące z nim naczynia i w ślad za tymże idący wysięk do jamy brzusznéj. Rozpoznanie za pomocą laparotomii nie przyniosło choréj naszéj żadnéj szkody; pytanie zaś czy Bardenheuerowski *doppelter Thürflügelschnitt*, mający nam bez uszkodzenia otrzewny umożebnić rozpoznanie w jamie brzusznéj, byłby nas w tym razie łatwiéj zbliżył do celu: pytanie to musi zostać bez odpowiedzi dopóty, dopóki się z metodą kolońskiego chirurga lepiéj nie oswoimy.

5. Owaryjotomija z niezwykłém powikłaniem przebiegu pooperacyjnego. Wyzdrowienie.

Maryjanna J., 35 lat wieku, żona robotnika z Mielżyna. Odbyła 5 połogów, a obrzmienie brzucha spostrzegła przed rokiem. Stan odżywienia względnie dobry. Objętość brzucha = 108cm. na wysokości pępka. Wśród płynnéj zawartości torbieli wymacać można cztery guzy, poruszalne, każdy z nich przedstawia wielkość dwóch pięści.

Dnia 26/10 b. r. owaryjotomija. Zrosty nieznaczne. Podwiązanie trzonu lewego jajnika w trzech częściach jedwabiem. Po odniesieniu choréj do łóżka nagły zapad, ustępujący zwolna przy zastósowaniu odpowiednich środków.

Czwartego dnia po operacyi pokazała się regularność przy znacznéj zwyżce ciepłoty i zupełnie zadowalającym stanie ogólnym. D. 2/11 pierwsza zmiana opatrunku. Rana brzuszna zagojona przez rychłozrost. Następnego dnia przy podskoku ciepłoty wieczornéj do 39,4°C. chora skarży się na parcie na mocz i stolec i pełność w brzuchu. Po zdjęciu opatrunku badaniem przez pochwę i kiszkę odchodową stwierdzono wysięk okołomaciczny. Wysięk wypuklił z jednéj strony tylną ścianę pochwy a z drugiéj kiszkę odchodową w kształcie podłużnéj elipsy, która światło tych kanałów w większéj części zamykała. Punkcyja, cienką igłą Pravaza na stole operacyjnym wykonana, przekonała nas jednak, że nie mamy do czynienia z wypociną ropiastą, jak przypuszczać mieliśmy prawo, lecz z wynaczynieniem krwi (*Haematocele*) bardzo obfitém. Ponieważ zaś przez otwór igłą Pravaza zadany krew jednym strumieniem tryskać poczęła, w obawie więc dalszego krwotoku, w obec wysokiego ciśnienia, pod jakiém stała krew wynaczyniona, uważaliśmy za odpowiednie wynaczynionkę pozostawić jeszcze przez pewien czas w spokoju. Po upływie dwóch dni, gdy ciepłota doszła wieczorem dnia poprzedzającego do 40°C., zdecydowaliśmy się na przecięcie wysięku od strony pochwy. Cięcie w dolném sklepieniu pochwy na 6cm. długie. Wybroczyna tym razem już cuchnąca, gwałtownym wybuchła strumieniem w ilości więcéj niż litr. Wielką jamę wybroczynową wyirygowano 1°/₀₀ sublimatem, a następnie tak jamę jak i pochwę wytamponowano gazą jodoformową. Odtąd ciepłota spadała do stanu prawidłowego, defekacyja i moczenie odbywała się prawidłowo. Chora opuściła zakład dnia 28/11 b. r.

Pomijając kwestyję związku powyższéj komplikacyi z owaryjotomiją, stwierdzamy, że powikłanie to, jak z jednéj strony jest bardzo rzadkiém, tak z drugiéj strony może stać się niebezpieczném w okresie, w którym na taką niespodziankę ani chora ani my wcale nie jesteśmy przygotowani. Niebezpieczeństwo to polega na sposoczeniu wybroczyny. Terapija tu więc wahać się nie może. Niedawno jeszcze ginekologowie dyskutowali nad tém, czy w takim razie przeciąć i wypuścić wybroczynę, czy też czekać perforacyi. Dla chirurga wątpliwość ta nie istnieje: obrzęk należy przeciąć cięciem dostatecznie szerokiém i jamę traktować chirurgicznie. Znakomicie tutaj przychodzi nam w pomoc gaza jodoformowa, jako materyjał nadający się wybornie do tamponady, bo i jamę odkaża i przeciw dalszym krwotokom ubezpiecza. Nie należy się jednak zbyt spieszyć z nacięciem, bo w razie wysokiego parcia ościennego, jak w naszym przypadku, łatwoby, mimo tamponady, do krwotoków następowych przyjść mogło. Wskazanie do pospiechu stanowi w takich razach nie tyle wysokość gorączki, ile raczéj zasób sił choréj i stan mięśnia sercowego.

Przy laparotomii kieruję się następującemi zasadami:

1. Desinfekcyja chorych przed operacyją za pomocą dwukrotnéj kąpieli ciepłéj i wyszczotkowania całego ciała mydłem z małym dodatkiem kw. karbolowego.

2. Laparotomije wykonywamy w salce, w któréj się nigdy nie operuje ani nie opatruje chorych z jakąkolwiek raną ropiejącą. W salce téj znajduje się tylko stół i szafka z narzędziami przeważnie tutaj tylko używanemi i mały piecyk żelazny. Ciepłota powietrza 14—15°R. Przed każdą laparotomiją wyciera się podłoga i ściany, a następnie zrasza je 1°/₀₀ roczczynem sublimatu.

3. Brzuch i części rodne przed operacyją szorujemy mydłem i ciepłym 3°/₀ roczczynem kwasu karbolowego, a w ciągu operacyi ogrzewamy ciepłemi mokremi kompresami.

4. Gąbki, wyłącznie do laparotomii przeznaczone, trzymamy w 3°/₀ roczczynie karbolu, a tuż przed operacyją kładziemy do ciepłego 3°/₀ roczczynu kw. borowego.

5. Cięcie brzuszne robimy jak najmniejsze, a rozszerzamy w miarę potrzeby.

6. Z toaletą jamy brzusznéj nie postępujemy sobie zbyt pedantycznie, jeżeli nie mamy do czynienia z płynami septycznemi.

7. Ścianę brzuszną spajamy szwem kuśnierskim piętrowym w ten sposób, że najgłębsze piętro stanowi otrzewna sama, drugie piętro pokład mięśniowy, a trzecie skóra. Do głębszych szwów używamy katgutu lub jedwabiu, do szwu skórnego tylko jedwabiu.

8. Opatrunek nasz po wszelkich rodzajach laparotomii jest zawsze ten sam. Bezpośrednio na szew nieco proszku jodoformowego, kilka pasków gazy jodoformowéj, następnie obfity pokład strzyżonéj gazy sublimatowéj, tudzież waty Brunsa na cały brzuch. To wszystko zawija się szczelnie szerokiemi opaskami gazowemi, maczanemi w kwasie karbolowym 3°/₀. Opatrunek kończy się na udach, które służą do nadania całemu opatrunkowi większéj odporności przeciwko zesuwaniu się dolnéj jego części ku górze.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Pekelharing: O Beri-Beri.

W numerze 29 „Przeglądu Lekarskiego" zdaliśmy sprawę z badań prof. P. nad Beri-Beri wykonanych na teatrze wojny a zarazem i epidemij w kraju Atjeh na północném wybrzeżu Sumatry. Prace te, mianowicie część bakteryjologiczną, prof. P. poprowadził daléj w Batawii i zdał z niéj sprawę na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego w Batawii z 30 czerwca i 28 lipca r. b. Wyjmujemy z tego sprawozdania co następuje.

„Na ostatniém posiedzeniu wyrzekłem zdanie, że Beri-Beri prawdopodobnie przez laseczniki zostaje wywołaném. Przypuszczenie to obecnie znacznie się ustaliło. W ostatnim czasie tu na miejscu (w Batawii) królik, któremu wstrzyknięto hodowle laseczników z krwi chorego na Beri Beri pochodzące, rychło zachorował. Zwierzę niechętnie się ruszało, było niedokrewném i nie zważało na to, co się koło niego działo. Uczyniono na nim dalsze liczne wstrzyknięcia tak podskórne jakoteż i w jamę otrzewnową. Gdy jednak stan się nie zmienił, wykonano sekcyję. Znaleziono małe ropnie pod skórą i miejscowe zapalenie włókniste otrzewny. Mięśnie tylnych odnóg bardzo blade, wiotkie i wilgotne. Wyraźne i rozpowszechnione zwyrodnienie nerwów, oznaki

tak świeżego jak też dawniejszego zwyrodnienia, odpowiednio do wstrzykań w różnych ustępach czasu wykonanych. W nerwie przeponowym znaleziono włókna zwyrodniałe, nie było ich w nerwie błędnym. Zresztą trudno jest wywołać sztucznie wielokrotne zwyrodnienie nerwów. Okazało się, że ropnie i zapalenie otrzewny nie sprowadzają zwyrodnienia. Przy zebraniu laseczników z powietrza zachodzi trudność, którego rodzaju użyć do wstrzykiwań. Laseczniki z krwi chorych na Beri-Beri otrzymane także między sobą się różnią i dotąd nie wiadomo, czy różnie przedstawiające się laseczniki właściwie są identyczne. W koszarach przepuszczano wielką ilość powietrza przez rozczyn NaCl i w taki sposób zebrane laseczniki wstrzyknięto królikowi. Po dwóch wstrzyknięciach zwierzę to bez wyraźnych objawów chorobowych nagle zmarło Przy sekcyi okazał się ślad zapalenia otrzewny; znaczna ilość płynu w worku sercowym; nerwy odnóg tylnych nieco tylko zwyrodniałe. Natomiast okazało się silne zwyrodnienie n. krtaniowego zwrotnego i n. błędnego. Prawdopodobnie śmierć nagła była skutkiem tych zmian. Bez wątpienia zwierzę cierpiało na Beri-Beri.

Z krwi tego królika otrzymano hodowle laseczników równające się tym, jakie najczęściej z krwi chorych na Beri-Beri otrzymano. Hodowli tych ani makroskopijnie ani też mikroskopijnie odróżnić nie podobna. Wolno ztąd uczynić wniosek, że to rzeczywiście są laseczniki wywołujące Beri-Beri. Laseczniki z tego królika otrzymane wstrzyknięto znowu młodemu psu. We dwa dni po wstrzyknięciu tylne łapy tego zwierzęcia były widocznie mniej silne, zwierzę zaledwie na nich stać i biegać było w stanie."

Ostateczny wynik swoich badań prof. P. streszcza w następujący sposób. Beri-Beri bez wątpienia uważać należy za *neuritis multiplex infectiosa*. W krwi chorych regularnie znajdują się laseczniki, z których wielokrotnie otrzymano hodowle. Znaleziono pewne określone koki, obok nich, czasem i bez nich laseczniki. Rzecz dotąd wątpliwa, czy tu mamy do czynienia z odmianami tego samego gatunku, czyli też z różnemi gatunkami. Tyle zdaje się pewnem, że najczęściej napotykane mikrokoki wywołują Beri-Beri. Z tych koków od różnych chorych pochodzących i w rozmaity sposób otrzymanych rozwijały się zawsze te same żółte hodowle, które agar-agar przeprowadzają w stan płynny a w polewce pożywczéj opadają na dno w kształcie żółtych włókien: zawsze mikrokoki okazywały te same własności Z siedmiu królików, u których wstrzyknięcia wykonano, u sześciu nastąpiła *neuritis multiplex*. Królik, któremu wstrzyknięto laseczniki z powietrza koszar zebrane, zdechł. Drugiego królika w ten sam sposób traktowanego ubito i znaleziono u niego *neuritis multiplex*. Hodowle z tego zwierzęcia otrzymane wstrzyknięto psu, u którego znów wystąpiło wyraźne zwyrodnienie nerwów odnóg tylnych. W rdzeniu pacierzowym nie było zmian chorobowych. Rzecz zatém pewna, że mikrokoki tak z krwi chorych, jak z królików jakoteż z powietrza koszar otrzymane, wywołują Beri-Beri. Beri-beri jest zatém chorobą zakaźną, wywołaną przez laseczniki, które się w mieszkaniach zagnieżdżić mogą.

Istota zakaźna ma właściwość odróżniającą ją od malaryi, tj. że się daje hodować i przenieść z miejsca na miejsce. Możność przeniesienia polega na wytrzymałości przeciw wysuszeniu. Znalezione laseczniki własność tę posiadają w wysokim stopniu. Daléj laseczniki okazują tę właściwość, że są mało wytrzymałe na działanie kwasu solnego. Ztąd wniosek, że się drogami oddechowemi nie zaś z pokarmem do ciała dostają. Być może, że i inne laseczniki również Beri-Beri wywołać są w stanie, t. j. że raz do krwi się dostawszy zwyrodnienie nerwów wywołać mogą. Praktycznym wynikiem dotychczasowych badań jest na teraz przekonanie o ważności desinfekcyi mieszkań, odzieży, a o ile możności także i gruntu. *(Geneeskundig Tydschrift voor Nederlandsch Indie).*

Batawia 1 listopada 1887. *Gumplowicz.*

Doc. Jaworski: **O działaniu kwasów na czynność żołądka.**

Próby robiono na chorych, których poprzednio Dr. J. zbadał dokładnie pod względem zachowania się czynności żołądka w obec wody lodowéj i białka. Dopiero po kilkudniowych próbach przystępował J. do zastosowania u nich rozcieńczonych kwasów. Wlewano 100—500 kwasu $^{1}/_{10}$ normalnego do żołądka czczego i po kilku kwadransach aspirowano treść z żołądka. Jeżeli przez aspiracyję nic wydostać nie można było, to wlewano jeszcze 100sz.cm. wody destylowanéj, poczém już z łatwością płyn z żołądka aspirowano. Po przesączeniu tak osad jakoteż i płyn poddawano ścisłemu badaniu. Poszukiwanie kwasów odbywało się według zwykłych sposobów powszechnie używanych z tą jednak różnicą, że chcąc się na pewno przekonać, czy w płynie jest kw. solny, robiono jeszcze próbę na sztuczne trawienie. Kwasotę oznaczano za pomocą $^{1}/_{10}$ normaln. ługu. Dla porównania na tych samych osobach robiono próbę z wodą destylowaną i aspirowaną treść z żołądka również poddawano ścisłemu badaniu. Jako *maximum* użytéj dawki stanowi dla kw. mlekowego 2·2cm.sz., dla kw. octowego 2cm.sz., dla kw. solnego 12grm. (*Acidi hydroch. off. dil.*) w 400grm. wody. Dawkę tę ostatnią zniósł chory bez żadnych dolegliwości i złych następstw. Co do podmiotowych objawów to po podaniu rozczynu kw. octowego lub mlekowego chorzy nie doznawali żadnych niemiłych uczuć, a tylko po kw. solnym niektóre osoby podawały, że czują jakiś nieokreślony ból i uczucie zimna lub ciepła. Z wniosków, które J. z tych doświadczeń wysnuwa, podajemy tylko niektóre, odsyłając czytelników do oryginalnéj pracy, którą dla jéj wartości w całości uwzględnić się godzi. 1) Kwasy wprowadzone do żołądka pobudzają go do wydzielania pepsyny, a najwięcéj pobudza kw. solny, na wydzielanie jednak kw. solnego wpływu nie mają. 2) Kwasy w żołądku bywają o wiele wolniéj wchłaniane niż odpowiednie ilości wody i w ogóle wchłanianie kwasów odbywa się nadzwyczaj powoli. 3) Obecność kwasów w żołądku pobudza do wlewania się żółci do żołądka. 4) Kwasy strącają śluz w żołądku i w płynie aspirowanym, po wlaniu kwasu wykazać go nie można. 5) Po dłuższém stósowaniu kwasu upośledza się zdolność wydzielnicza kw. solnego w żołądku.

Z doświadczeń czynionych z kw. węglowym okazuje się, że kw. węglowy pobudza żołądek do wydzielania tak pepsyny jak i kw. solnego, a tém samém zdolność trawienia żołądkowego powiększa. Z tego wynika kliniczne zastósowanie kwasów. 1) Kw. solny można stosować przy niedostatecznem wydzielaniu w żołądku kw. solnego lub też w braku tegoż. Podawanie w małéj ilości nie wywiera pożądanego skutku, a chcąc sztucznie sprowadzić stan prawidłowy należy podawać 200cm.sz. $^{1}/_{40}$ norm. *acid. chydrochl. dil.* czyli po obiedzie 1·5grm. Podanie jednak i 3grm. nie sprawia żadnych niemiłych objawów, bo należy pamiętać, że żołądek nie wydzielający kw. solnego posiada na powierzchni swojéj masę śluzu, który neutralizuje wiele kw. solnego. Podawanie pepsyny czy to w czystéj postaci (*Pepsini german. solub. de Rostock*), czy też w rozmaitych rozczynach nie ma celu, bo

już samo podanie kw. solnego pobudza żołądek do wydzielania pepsyny w dostatecznéj ilości do prawidłowego trawienia. 2) Gdzie mamy do czynienia z nadmierném wydzielaniem kw. solnego, o podawaniu jeszcze kw. solnego mowy być nie może. Wyjątki w téj mierze zachodzące pomijamy. 3) Co się tyczy kwasów organicznych w postaci napojów lub surowych soków z owoców, to te podmiotowo wpływają dobrze na chorych, a przedmiotowo daje się tylko wykazać, że nie są zdolne do pobudzenia żołądka do wydzielania kw. solnego, lecz tylko pod ich wpływem wydziela się pepsyna. W przypadkach z nadmierném wydzielaniem kw. solnego chorzy mają wzmożone pragnienie i wówczas żądają napojów kwaśnych, które same przez się nie wywołując większego wydzielania się kw. solnego, rozcieńczają owszem takowy i uspokajają w ten sposób pragnienie, a przez dłuższe używanie kw. organicznych może się zmniejszyć wydzielanie kw. solnego. Podawanie więc w tych przypadkach napojów z kw. organicznemi (lemoniada, sok z cytryny, pomarańczy itp.) nie jest przeciwwskazaném, a niekiedy może być nawet zalecaném. *(Deutsche med. Wochensch.*, Nr. 36—38).

Dr. J. Surzycki.

Larger (Paryż): **O etyjologii tężca.** L. ogłasza w *Bull. de la Soc. de chir. de Paris* spostrzeżenia, które świadczą o zakaźnéj przyrodzie tężca. W styczniu 1882 r. wybuchła w szpitalu w Kolmarze mała epidemija tężca; czteréj chorzy leżący w jednéj sali zostali nim dotknięci krótko po sobie i wszyscy 4éj umarli, podczas gdy żaden chory z sąsiednich sal nie zapadł na tę chorobę. W rozprawie nad tym przedmiotem dodał do tego prof. Verneuil parę własnych spostrzeżeń podobnych i parę z praktyki pewnego weterynarza, któremu kilka koni w jednéj stajni się znajdujących na tężec zginęło. *(Centralbl. f. Chirurgie,* 1887, Nr. 46). *H. K.*

Formuły lekarskie.

Kokain przeciw krztuścowi.

Dr. Krimke używał przeciw krztuścowi z bardzo dobrym skutkiem:

Rp. Cocaini muriatici 0·8—1·2
Aquae destill.
Syr. cort. aurant. āā 50·00

co 2 godziny po łyżeczce od kawy u dzieci od 6 do 12 lat. Po 8 do 14 dniach wyleczył nawet najcięższe przypadki.

Oseski kokainu nie znoszą.

Toż samo potwierdza Dr. Weintraub w Eytkunach, który zadawał dzieciom 3- i 4-letnim po 10 do 15 kropli kilka razy dziennie z rozczynu:

Cocaini muriatici 0·10
Aquae amygdalarum amararum 10·00

(*Allg. med. Central Ztg.*, 1887, Nr. 36 i 91).

Przepisywanie jodoformu.

W celu pozbawienia przykréj dla wielu osób woni najlepiéj według Cantrella przepisywać jodoform w następującéj formie:

Rp. Jodoformii puri 10·00
Mentholi 0·50
Olei lavandulae guttas 10.

(*Bulletin generale de Thérapeutique* 15 Nov. 1887).

Chirurgija.

Schnirer (Wiedeń): **O przeciwgnilném działaniu jodoformu.**

W ostatnich czasach ukazało się kilka poważnych prac o działaniu przeciwgnilném jodoformu. Wszyscy prawie autorowie starają się zmniejszyć aureolę, jaką go dotychczas chirurdzy otaczali; charakterystyczném jest, że najwięksi zwolennicy jego, między innymi Mikulicz sam nie polega wyłącznie na działaniu jodoformu, a w swoim opatrunku przeciwgnilnym każe najbliższą ranie warstwę gazy jodoformowéj zamaczać w rozczynie (3%—5%) kwasu karbolowego, a mimo to bez jodoformu obejść się nie może, a z kliniki tego samego profesora (krakowskiéj) ukazała się przecież praca Aleksandra Bossowskiego (*Przegl. Lek.* i *Wiener med. Woch.*), w któréj B. wykazał, że nawet w ranach przez rychłozrost się gojących pod opatrunkiem przeciwgnilnym można wykazać koki ropne.

Dotychczas badali bakteryjolodzy działanie jodoformu przeciwgnilne na prątkach wąglikowych, jedni po za ustrojem zwierzęcym, inni na nim, opierając się głównie pod tym względem na zdaniu Kocha, że prątek ten najlepiéj się do tych badań nadaje; z nich dopiero wysnute wnioski zastósowywano i do innych. Dr. S. zachęcony przez swego prof. Frischa zajął się (w jego zakładzie bakteryjologicznym) bliższém zbadaniem działania jodoformu na rozmaite mikroorganizmy wśród rozmaitych warunków nie tylko w hodowlach, ale i na zwierzętach. Do badań swoich brał *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*, *streptococcus pyogenes*, koki róży i prątki wąglika.

a) Wpływ jodoformu na mikroorganizmy po za ustrojem zwierzęcym.

Na peptongelatynę na osobnych płytach szklanych sterylizowanych szczepił prątki i koki wymienione, przykrył miejsce zaszczepienia warstwą jodoformu 1 do 2 mm. grubą; po kilku dniach usunięto jodoform z wszelkiemi ostrożnościami, a z rozwiniętéj przecież po nim kolonii udało się na innéj hodowli wszystkie prątki i koki na nowo otrzymać, gdy je z niéj przeszczepiono. Ten sam wynik dały doświadczenia robione na agar-agarze. Nitki jedwabne sterylizowane maczano w płynach, w których się prątki i koki znajdowały, dawał je S. do odżywek (agaru) i wstawiał do ogrzewalni (termostatów) na dzień jeden. Naokolo nitek zaczęły się rozwijać kolonije badanych mikroorganizmów. Nitki wtedy wyciągnięto, dano do proszku jodoformowego i zostawiano w nim 5, 10, 15—30 minut, po wyjęciu z niego myto je ostrożnie w sterylizowanéj wodzie i dano znowu na agar-agar lub gelatynę. Prątki rozwijały się zarówno jak i koki. Proszek więc jodoformowy, jak z doświadczeń tych wynika, nie ma żadnego wpływu na mikroorganizmy po za ustrojem zwierzęcym.

Inaczéj rzecz się ma z mięszaniną jodoformu z oliwą. Jodoform rozpuszczony w oliwie aż do wysycenia dawał S. do naczyń szklanych, jedne wystawił na działanie światła, inne dał do miejsca ciemnego. Przedtém jeszcze zanurzył w nich nitki z prątkami wąglika lub stafilokokami tak samo przygotowanemi jak wyżéj. Po 24 godzinach rozczyn w naczyniach A. zabarwił się brunatno, w B. został czysty. Nitki ze wszystkich naczyń z wszelkiemi ostrożnościami przyjętemi w bakteryjologii wyjęte z naczyń A dano do odżywek. Na odżywkach, w których były nitki wzięte z A, wzrost prątków i koków okazał się albo małym, opóźnionym, albo prątki wcale się nie rozwinęły, podczas gdy na tamtych kolonije piękne się ukazały. Jeżeli się to samo doświadczenie robiło, wystawiając na 48 godzin naczynia jak wyżéj, wynik był jeszcze bardziéj przekonywający, że jod uwalniający się z mięszaniny jodoformu z oliwą jest w stanie wstrzymać rozwój wymienionych mikroorganizmów, bo też w drugiém doświadczeniu mikroby wcale się nie rozwinęły.

b) Doświadczenia z jodoformem na zwierzętach.

Po oczyszczeniu należytém pola operacyjnego, jak to

powszechnie w chirurgii przyjęto (ogoleniu, umyciu mydłem i sublimatem) robił królikom na grzbiecie cięcie przepalonym skalpelem 2—3 cm. długie, wycinał woreczek ze skóry, do którego dawał mięszaninę proszku jodoformu z mikrobami, woreczek zaszyto. Po 4—5 dniach utworzyły się ropnie takie same jak u zwierząt, którym same pasorzyty zaszczepiono. W ropie można było je wykazać. Te same były wyniki, gdy najpierw dał do rany mikroorganizmy, a potém na to rozpylano jodoform za pomocą rozpylacza. Ze sześciu królików, którym na ranę świeżo utworzoną zaszczepił wąglik, następnie przestrzykał czystą wodą i posypał jodoformem, zginęły tylko dwa na wąglik. Wynik ten nie zadowolił go. Za radą téż prof. Frischa robił to samo doświadczenie na świnkach morskich, ktore na wąglik są o wiele czulsze. Jedna świnka, u której po zaszczepieniu wąglika ranę tylko przestrzykano, a jodoformu wcale nie dano, została przy życiu, inne, którym po zaszczepieniu jadu ranę i przestrzykano i jodoform dano a nie przestrzykano, zginęły po 48 godzinach lub później na typowy wąglik. Te same doświadczenia robione z kokami róży dały każdym razem różę wybitną, którą można było dalej przeszczepiać. Sch. powiada na téj podstawie: Z tych doświadczeń wynika, że jodoform wcale nie jest środkiem przeciwgnilnym, bo w ten sposób zastósowany, jak go dotychczas w chirurgii stosują, nie może powstrzymać działania i rozwoju mikroorganizmów na ciało zwierzęce w przebiegu ran i chorób przyrannych przechodzących.

Że proszek jodoformu nie działa przeciwgnilnie, powiedział już de Ruyter, który także działanie antyseptyczne przypisuje tylko rozczynom jodoformu. Za to zgadza się Sch. z Königiem i Küsterem, którzy (pierwszy w *Jodoform als Wundverbandmittel* 1887, drugi w *Antisepsis* w *Realencyklopädie Eulenburga)* uważają proszek jodoformu za najlepszy środek wysuszająco działający, a gazę jodoformową za najlepiéj chłonącą wodę i wydzielinę a nie antyseptyczną. (*Wien. med. Presse* 1887 Nr. 36, 37 i 38). *H. K.*

○ Obrażenia kiszek przy stósowaniu lawatyw. D. Achiles Nordmann z Bazylei ogłosił opis 25ciu przypadków obrażenia kiszek przy stósowaniu lawatyw. Trzy dotyczyły zupełnego przedziurawienia i wrzodów oraz ran różnéj głębokości i wielkości. Przyczynami tych obrażeń zdaje się być użycie wadliwych narzędzi, nieznajomość kierunku odbytnicy, uchwycenie fałdów poprzecznych przez kankę, nadzwyczajne podrażnienie błony śluzowéj kiszek i zatkania sprawione pewnemi stanami macicy główką dziecka lub przez powiększony gruczoł przyprątny. Zazwyczaj obrażenia te znajdują się w przedniéj ścianie kiszek na 1 do 7 cm. od otworu stolcowego. Nie zawsze są one łatwemi do rozpoznania, bo ciała obce i żrące mogą sprawić podobne objawy. Wrzody gruźlicze i hemoroidalne można brać za nie, te jednak leżą zazwyczaj wyżéj. Rany przeszywające dają powód do paraproctitis, która nie zawsze ma wynik niepomyślny, chociaż zazwyczaj wynikiem jéj bywa zwężenie. *(The Lancet* 1887. II. Nr. 15).

Choroby krtani.

Virchow: **O chorobie krtani Następcy tronu niemieckiego.**

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego d. 16 listopada b. r. miał V. wykład o chorobie krtani Następcy tronu niemieckiego. Wykładający opisał przebieg choroby i starał się przekonać świat lekarski, że zupełnie niesłusznie Mackenzie przypisuje pomyłkę w rozpoznaniu niedokładnemu zbadaniu przesłanych V. części wyciętych. Pierwszy kawałek wycięty nad więzadłem lewém głosowém pochodził zdaniem V. stanowczo z części zdrowéj krtani, zawierał wprawdzie „gniazda“ komórek przybłonkowych, wiadomo jednak że te znajdują się nawet w niewinném bujaniu przybłonka. Badanie kawałka błony śluzowéj drugim razem wyciętego nie wykazało nic szczególnego i dla tego téż V. w orzeczeniu swojém (z 9 czerwca 1887) wyraźnie oświadczył: „Czy zdanie przychylne i korzystnie na rokowanie wpływające da się odnieść do całéj choroby, nie mogę orzec z pewnością jedynie na podstawie przesłanych wycinków“. Nie długo potém, bo 1 lipca, musiał V. to samo powiedzieć o wycinku przesłanym przez Mackenziego, okazało się bowiem, że to była powierzchownie wycięta twarda brodawka, z któréj nie można było wcale powziąć wyobrażenia, jak się zachowują głębiéj leżące części krtani. V. broni się więc, że zrobił tylko to co do niego jako anatoma należało, nie widząc chorego (ostatni raz widział go jeszcze w zimie zeszłego roku), nie zbadawszy krtani a co najważniejsza nie zbadawszy tego, co zbadać należało, dziwić się nie można, że słyszymy teraz niespodziewanie o świeżych naciekach rakowatych na więzadle głosowém prawém a przeważnie w okolicy pod więzadłami głosowemi. Słusznie twierdzi V., że nikt nie może zasłaniać się jego orzeczeniem, bo mogło mimo to znajdować się już wówczas coś nieprawidłowego w tém miejscu krtani, w którém obecnie tak szybko zmiany postąpiły. (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 47). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Ball: **Morfinomanija.**

Wynik sekcyi zwłok osób zmarłych na morfinomaniję rzadko bywa ogłaszany, ciekawy zatém jest opis przypadku podanego niedawno przez B. na posiedzeniu paryskiéj Akademii lekarskiéj. Szesnastoletnia dziewczyna zgłosiła się o przyjęcie do szpitala w celu wyleczenia się z używania morfinu, do którego przywykła używając go od 12go r. życia celem ulżenia sobie bólów z powodu *fissura ani*. W czasie przyjęcia stosowała sobie wstrzykiwania z wodochloranu morfinu po 1—2 grm. dziennie. Stósownie do wyrażonego przez chorą życzenia próbowano od razu zaniechać wstrzykiwań, ale trzeciego dnia wystąpienie alarmujących objawów skłoniło B. do powrotu do wstrzykiwań, przy których tylko stopniowo zmniejszano dawkę aż do centygrama dziennie. Celem zwalczenia bezsenności i podrażnienia, które trapiły chorą, stosowano lawatywy z bromku potasu i chloral przed pójściem spać a wstrzykiwania sparteinu celem przyniesienia ulgi w zaburzeniach czynności serca. Leczenie trwało 42 dni a 10 lipca zupełnie już użycie morfinu usunięto, stan zaś choréj był zadowalający. 23/7 jednakże rano wystąpiły nagle objawy macicznicy i zapadu a w kilka godzin chora umarła.

Przy sekcyi znaleziono serce obłożone tłuszczem, w innych jednak narządach żadnych zmian nie znaleziono. Badanie chemiczne wykazało wybitne ślady morfinu w nerkach, śledzionie i w wątrobie oraz w ośrodkach nerwowych. Narządy te zawierały ocenić się dającą ilość morfinu, aczkolwiek zostaje to w sprzeczności z podaniami większéj części autorów, którzy się tym przedmiotem zajmowali; przypadek ten jednak jasno okazuje, że morfin może dłuższy czas pozostawać w tkankach, gdy dostał się do ustroju, a obecność téj trucizny w narządach może tłumaczyć rodzajem samozatrucia przypady obserwowane nieraz bardzo późno u morfinistów po zaprzestaniu używania morfinu. To może tłumaczyć, w jaki sposób chorzy tego rodzaju giną wśród objawów pewnego rodzaju zapadu w parę dni po rzekomém wyleczeniu. Prof. Ball zakończył odczyt swój uwagą, że niezawiśle od wszelkich przypuszczeń jeden wniosek wysnuć można z podanego

przypadku, t. j. że środki skrzepiające serce odgrywają ważną rolę w leczeniu morfinomanii i że jest koniecznem stosowanie albo sparteiny albo też innego jakiegoś leku działającego na serce nietylko w ciągu stopniowego odzwyczajania, lecz jeszcze długo po zupełnem zaprzestaniu używania. Nadto przypadek ten wykazuje niebezpieczeństwo wynikające z nagłego odjęcia morfinu, bo jeżeli stopniowe jego usuwanie naraża chorego na poważne niebezpieczeństwo, to słusznie wnosić można, że nagłego usunięcia dotąd zalecanego zaniechać wypada. (*The Lancet*, 1887, II, Nr. 18). *Dr. Grabowski.*

Choroby kobiece.

Bockelmann (Berlin): **O obecnym stanie antyseptyki w położnictwie.**

Przed niewielu laty wszystkie prawie czasopisma lekarskie przepełnione były rozprawami o antyseptyce w położnictwie. Z czasem nastała cisza pod tym względem; teraz znowu żywiéj zajmują się tą kwestyją. Niedawno ukazała się obszerna broszura prof. Kaltenbacha w zeszytach Volkmanna, dziś możemy podać treść pracy B., którą, jak powiada, ogłasza nie dla dyskutowania téj wcale niepiekącéj kwestyi, lecz chcąc przedstawić, jakie stanowisko zajmuje dziś pod tym względem jeden z największych zakładów położniczych, t. j. kliniczny berliński. Jako asystent téj kliniki B. jest najkompetentniejszym do zabrania głosu w téj sprawie.

Pierwszą zasadą jest, aby się lekarz i akuszerka starali przez dokładną desinfekcyję rąk, odzieży, narzędzi stać aseptycznymi, podczas gdy desinfekcyja rodzącéj na drugiém miejscu stać powinna, nikt bowiem z akuszerów nie zaprzeczy, że rodząca nie nosi ze sobą jadu zakaźnego, że on nie dostał się do niéj podczas ciąży, lecz naoczną jest rzeczą, że dostał się do niéj z zewnątrz podczas porodu lub połogu. Jeśli się dokładnie oczyści badający lub akuszer, prawdopodobieństwo zakażenia rodzącéj jest znacznie mniejsze; desinfekcyja byłaby może zbyteczną, gdyby się można w każdym przypadku obejść bez badania palcem. Do desinfekcyi powszechnie już dziś używa się karbolu 3% lub sublimatu 1‰. Nie wszyscy jednak położnicy specyjaliści zgodzili się co do czasu, jak długo trzeba się wstrzymywać od badania rodzącéj, jeśli się miało do czynienia ze septycznemi przedmiotami. Niektórzy żądają 8 dniowéj abstynencyi. Terminu tego dotrzymać jest trudno dla praktycznego lekarza, a ze stanowiska teoretycznego, zdaniem B., jest on zbyteczny, jeśli tylko lekarz dokładnie się oczyści. Mimoto nie wolno medykom uczęszczającym do kliniki położniczéj berlińskiéj przez cały kurs bezwarunkowo stykać się z przedmiotami septycznemi, t. j. nie wolno im chodzić na operacyje chirurgiczne, ani uczęszczać na ćwiczenia sekcyjne. Rodzącéj zdrowéj oczyszczać nie ma potrzeby, powiada B., bo rodząca zdrowa jest dla siebie aseptyczną; znaną przecież jest rzeczą, że niektóre zdrowe kobiety rodzą i mają się potém dobrze, jeśli tylko palce lub narzędzia nieczyste nie zetknęły się z ich przewodem rodnym. (Okoliczność, że kobiety po porodach nagłych dostają gorączki połogowéj, nie przemawia przeciw temu zdaniu, bo w bardzo wielu przypadkach nic o przeszłości choréj nie wiemy, a nadto już sam poród nagły nie jest prawidłowy. Jak dziwne czasem mogą zajść okoliczności, ilustruje przypadek jeden z kliniki, który się po porodzie pozornie prawidłowym zakończył śmiercią z zakażenia; rodzącéj nikt z asystentów ani medyków nie badał, a śledztwo bliższe wykazało, że jedna z położnic sąsiadka badała ją palcem z pewnością septycznym). Dla tegoto desinfekcyję dróg rodnych powinno się robić nie tylko przed badaniem, ale i po badaniu choréj, aby przypadkowo może wprowadzony jad nie dostał się do miejsc, gdzieby grunt dobry do rozwoju znalazł. Za wnioskiem niedawno z kliniki lipskiéj wyszłym, aby medykom zabronić badania rodzących, nikt z rozsądnych lekarzy się nie oświadczy; bez badania w żaden sposób należytego wyobrażenia o stanie rzeczy się nie nabierze. Jeśli się jest pewnym aseptyki badającego, nie potrzeba nawet odrażać przewodu rodnego ani przed ani po badaniu. Ale za to powinno się po każdym porodzie lekkim roczynem środka antyseptycznego przepłukać cały kanał rodny, aby w sposób więcéj mechaniczny wydalić pozostały śluz, krew, smolkę, któreby powstałe ranki, zadarcia zanieczyszczać mogły. Bierze się też tylko słabe antyseptyka, ale przestrzykuje się nieprzerwanie mocniejsze rozczyny wszędzie tam, gdzie tylko po porodzie lekki choćby stan gorączkowy wystąpił, lub jeśli płód był nadpsuty, wydzielina cuchnąca. Najlepszy jest rozczyn sublimatu 1 na 5000. Od czasu, jak tak słabego rozczynu w Berlinie używają, nie było ani jednego przypadku zatrucia rtęcią, które były dawniéj przy mocniejszych częstsze. Wskazania do przestrzykania przewodu rodnego środkiem antyseptycznym w połogu są według B. następujące: 1) Jeśli w 48 godzin po porodzie wystąpi gorączka (38·5—39 lub wyższa) z odpowiedniém przyspieszeniem tętna, a jeśli źródła gorączki wykazać nie można. Istniejący już może w przewodzie rodnym jad można wtedy jeszcze zabić, zniszczyć. 2) Jeśli zostały w macicy kawałki łożyska lub błon płodowych, a w połogu objawy rozkładu wystąpią. 3) Gdzie gorączka, przyspieszenie tętna, wydzielina cuchnąca zdają się pochodzić od zachorowania wewnętrznéj powierzchni macicy. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1887 Nr. 37).

H. K.

Kötschau (Kolonija): **Przypadek tężca po kastracyi kobiety.**

Hegar i Kaltenbach podają w swoim podręczniku, że tężca po kastracyi jeszcze nikt nie widział. Po wycięciu jajników spostrzegał go często Olshausen (49 przypadków). Przypadek tego rodzaju opisuje K. Kobieta operowana przez autora skarżyła się na bóle i częste krwotoki maciczne. Przed rokiem przebyła kilę. Badanie wykazało włókniak podśluzowy w macicy, gdy go nie można było podczas operacyi wyłuszczyć, przystąpił K. do kastracyi. W czwartym dniu po operacyi ciepłota ciała podniosła się (38·8), wystąpił szczękościsk i sztywność w karku; w następnych dniach wystąpiły silne kurcze mięśni karkowych i grzbietnych, wymioty, gorączka doszła w piątym dniu 42·8°. Kurcze ogólne się wzmogły i tego samego dnia chora umarła, okazując jeszcze jakiś czas po śmierci ciepłotę 43·8° C. Sekcyja nie wykazała nic, coby mogło być przyczyną tego niepomyślnego zejścia, w otoczeniu miejsca operowanego nie spostrzeżono ani śladu odczynu zapalnego; zdaniem K. trzeba w tym przypadku koniecznie myśleć o zakażeniu od zewnątrz. Autor twierdzi, że zakażenie mogło nastąpić za pośrednictwem weterynarza, który był obecnym przy operacyi, a wiadomo, że w ostatnich czasach Brieger ogłosił, iż tężec często występuje u osób, które z końmi mają do czynienia. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887, 44).

H. K.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 4 listopada 1887.

Obecni prócz przewodniczącego Dra Kaczorowskiego i sekretarza Dra Wicherkiewicza koll. Świderski, Preibisz, Ziele-

wicz, Koszutski, Święcicki, Holzer, Dembiński, Grodzki, Koehler, Osowicki, Batkowski i gość kol. Bogdan Wicherkiewicz.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu przystąpiono do omówienia chorób nagminnie panujących.

Kol. Kaczorowski widuje zapalenia migdałków, gościec i zapalenie opłucny. — Kol. Osowicki podnosi często pojawianie się kokluszu, przeciw któremu stósował wdmuchiwania mięszaniny kwasu będźwinowego z bismutem, później także z chininem, ale na 30 dzieci w ten sposób leczonych, tylko w 10 przypadkach skutek był widoczny, w innych wątpliwy albo go całkiem nie było. — Kol. Koehler zwraca uwagę na pojawiające się niekiedy zapalenie łuku podniebienia miękkiego i podnosi, że Michel w Hamburgu nie kw. będźwinowy, ale żywicę będźwinową poleca przeciwko krztuścowi. — Kol. Zielewicz wspomina, iż przed 4ma laty u dziecka cierpiącego na koklusz wdmuchnął przez nos czysty chinin. W 2 godziny później dziecko umarło. Związku pomiędzy zejściem śmiertelném a wdmuchnięciem chininu nie umie sobie wytłumaczyć. — Kol. Grodzki chwali skuteczność wdmuchiwań chininu z cukrem, czego we własnéj doświadczał rodzinie. Koklusz nie trwał przy tém leczeniu dłużéj nad 4 tygodnie. — Kol. Koszutski, który także dużo w ostatnim czasie z kokluszem miał do czynienia, używa w okresie kurczowym chloralu, w okresie zaś kataralnym wdychań rozczynu kw. karbolowego. W ostatnim zaś czasie wdmuchiwał w nos ze skutkiem jodol. — Kol. Wicherkiewicz potwierdza częstość kokluszu, widuje bowiem bardzo często przez koklusz wywoływane wybroczyny krwawe spojówki i to nieraz w znacznym stopniu. Wybroczyny te, będące następstwem silnego kaszlu, nie wymagają żadnego miejscowego leczenia, lecz uśmierzenia głównéj choroby, a pod tym względem tak częstość napadów jakoteż ich siła zmniejsza się pod wpływem wdychań olejku terpentynowego i eukalyptolowego.

Po téj rozprawie przedstawił kol. Osowicki pięcioletnie dziecko, u którego operował stopę szpotawą przez tenotomiję. Dla zapobieżenia następnemu przeginaniu się nogi kazał do trzewika przymocować polecony przez jakiegoś Amerykanina przyrząd, odznaczający się prostotą a polegający na stalowym łuku przymocowanym końcami do zewnętrznego brzegu podeszwy. Wolno sterczące półkole stalowe tworzące przedłużenie podeszwy powstrzymuje przechylanie się stopy.

Następnie przedstawił kol. Osowicki kamień dość znacznych rozmiarów wyjęty z pęcherza młodego dziewczęcia.

Kol. Święcicki przedłożył preparat mięśniaka macicy, wielkości głowy dziecka. Badanie oburęczne krwawiącéj znacznie choréj wykazało ponad spojeniem kości łonowéj guz wielkości pięści dorosłego człowieka, a w górnéj części pochwy wypuklenie mocno napięte, okrągłe, wielkości pomarańczy. Poruszanie wypuklenia tego wywoływało poruszanie się zwiększonéj macicy czyli innemi słowy narośl stała w połączeniu z macicą samą. Badanie pochwowe dowodziło tak znacznego połączenia narośli z macicą, że tylko po lewéj stronie sklepienia wyczuć można było maleńkie wklęśnięcie, stanowiące granicę narośli i macicy. Tutaj téż założywszy 2 palce lewéj ręki, a drugą położywszy dla kontrolowania macicy na podbrzusze, zaczął kol. S. robić ku dołowi trakcyje, unikając zbyt silnego ciągnienia, aby jak to się w przypadkach Spiegelberga i Franka stało, nie wywołać przedarcia tylnéj ściany macicy lub pęknięcia tylnego sklepienia. Po kilkunastu trakcyjach posunęła się narośl ku sromowi ukazując się w nim tak, jak główka dziecka przy porodzie. Teraz kol. S. zaniechał dalszych ciągnień, a to dla tego, że macica dislokowała się znacznie ku dołowi i obawiać się było można przenicowania lub jéj rozdarcia. Torebkę i wychodzącą część mięśniaka odciął kol. S. skalpelem, poczém przystąpił do wyłuszczenia całéj narośli. Badanie dwuręczne wykazało szeroko podstawną insercyję nowotworu, nader silnie złączoną z całém prawie wnętrzem macicy z wyjątkiem lewéj jéj części. Resekcyję torebki zrobiono, o ile się dało. Krwawienie w czasie operacyi drobne. Oprócz silnych bólów po operacyi w pierwszych dwóch dniach (a wywołanych prawdopodobnie podrażnieniem otrzewny przez trakcyję), odczynu pooperacyjnego nie było. Ciepłota nie przechodziła 38°, tętno w pierwszych dniach 108, od 4go dnia 88. Przypadek powyższy dla tego budzi zaciekawienie, że chorą kol. S. widział przed 1½ rokiem i wówczas stwierdził *Endometritis polyposa.* Na proponowane wyłyżeczkowanie macicy chora wówczas zdecydować się nie mogła. Narośl wytworzyła się więc w ciągu 1½ roku. Czy narośl ta powstała w tym czasie przez złączenie się pojedyńczych wybujałości błony śluzowéj macicy w jednę większą narośl, na to stanowczéj odpowiedzi kol. S. nie daje, choć przypuszczenie to zdaje się mieć podług niego wiele prawdopodobieństwa.

Następnie przedstawił kol. Święcicki przyrząd Verekera zmieniony przez Dra Drzewickiego, a służący do wdychania chlorku amonu w chwili tworzenia się *(in statu nascenti)*, co ma być skutecznem przy nieżytach nosa, gardła, trąbki Eustachego, płuc i t. d.

Wreszcie przystąpił kol. Świderski do wygłoszenia swego odczytu o sakcharynie pod względem chemicznym i leczniczym. Prelegent omówiwszy formę chemiczną, sposób wytwarzania go, jakotéż i działanie chemiczne tego środka wprowadzonego do przemysłu, wspomniał o jego zastósowaniu w cukrzycy i to celem zastąpienia chorym samego cukru. Sakcharyna bowiem mając smak nadzwyczaj słodki, przechodzi niezmieniona przez organizm i raczéj zmniejsza aniżeli podnosi wydzielinę cukru do moczu. Ujemnie jednakże działa osłabiając łaknienie. Nadto posiada sakcharyna własność niszczącą kiśnienie, tak, iż dodana do moczu, przez 7 dni wstrzymać może rozkład jego amonijakalny.

W krótkiéj rozprawie wywołanéj tym odczytem zabierają głos koll. Kaczorowski, Zielewicz, Koszutski i prelegent.

Na zakończenie przedkłada i objaśnia kol. Wicherkiewicz ciepłomierz Immisha z urządzeniem do wskazywania *maximum*, poczém ustanowiwszy porządek dzienny dla przyszłego Walnego Zgromadzenia, posiedzenie zamknięto.

Dr. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 23 listapada 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 21.

1) Rozbierano kwestyję pomnika dla ś. p. prof. Dietla. W dyskusyi kol. Paszkowski wniósł, aby wybrać podkomisyję, któraby się tą sprawą zajęła i przez odpowiednią odezwę w *Przeglądzie Lek.* myśli téj zjednała jak największą liczbę uczestników. Do komisyi wybrano koll. Korczyńskiego, Domańskiego i Paszkowskiego.

2) Kol. Korczyński przedłożył pigułki wyrobu p. Mańkowskiego, aptekarza z Przemyśla, zawierające w sobie arsenian sodowy, chlorek morfinu, siarkan atropinu, wyciąg makowca, oraz czekoladowe gałki z kreozotem. Zważywszy staranność i ozdobność w wykonaniu i opakowaniu wzmiankowanych przetworów, a nadto fakt, iż p. Mańkowski ogłaszający dotąd owe środki za uniwersalne, zrzekł się w piśmie wystósowaném do Komisyi przemysłowéj poprzednich swych zapatrywań, wnosi kol. Korczyński imieniem tejże Komisyi, aby Tow. lek. wyroby te, jako odpowiadające celowi, uznało i poleciło. Zgodzono się nadto polecić olejek kosodrzewinowy, oraz wyciąg igliwijowy świerku krajowego wyrobu p. aptekarza Nitribitta w Krynicy, oraz jarzyny suszone p. Seelinga w Izdebniku. Jarzyny te pakowane szczelnie po 10 dekagramów, pomimo, że nie stanowią ściśle lekarskich wyrobów, zasługują na uwagę jako dyjetetyczne, szczególniéj pożyteczne w miejscowościach, gdzie trudno o świeże ogrodowizny. Do punktu tego dodał kol. Wilkosz wniosek, większością głosów przyjęty, aby Komisyja przemysłowa w sprawozdaniu z dzisiejszego posiedzenia podniosła znaczenie produkcyi suszonych jarzyn.

3) Kol Obaliński przedstawił rekonwalescenta po amputacyi podudzia dokonanéj własną metodą, któréj zalety porównał z metodami w najnowszych czasach podanemi. (Szczegóły w Nrze 49 *Przeglądu Lek.).* Nadto przedstawił młodą pacyjentkę uleczoną wstrzykiwaniami fosforanu wapniowego kwaśnego metodą Kolischera.

4) W końcu kol. Korczyński nadmienił o pewnéj sprawie, stojącéj w związku z pojęciami etyki lekarskiéj i wniósł, aby komitet Towarzystwa sprawę tę zbadał i przedstawił Towarzystwu, co przyjętém zostało.

Dr. Dobruchowski, sekretarz.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Uffelmann (Rostok): **O ciepłocie naszych potraw i napojów.** Zbadaniem ciepłoty naszych potraw i napojów zajął się prof. U. a wynikiem badań dzieli się ze światem lekarskim w ostatnim zeszycie *Wiener Klinik* (Nr. 9). W podręcznikach rzadko możemy znaleźć coś dokładniejszego o tym przedmiocie, a przecież jest to dla trawienia i jego narządów wcale nieobojętném, jakie pokarmy do nich się dostają i nikt nie może odpowiedzieć na pytanie, czy tę lub ową potrawę należy jeść zimną czy też gorącą. Zazwyczaj kierują się ludzie indywidualnemi zdaniami lub zwyczajami powszechnie przyjętemi. Prof. U. zasłużył się dokładniejszém zbadaniem téj sprawy, a jako wynik swoich badań podaje, że w ogóle należy uważać taką ciepłotę potrawy za najodpowiedniejszą, jaka albo jest równą albo zbliżoną do ciepłoty ciała ludzkiego. Oseskom powinno się tylko w takiéj ciepłocie pokarm podawać; każdy bowiem z pedyjatrów, zdaniem U., przyzna, że gorący pokarm czyni dziecko niespokojném, odbiera mu sen, wywołuje niepotrzebne poty; w jednym swoim przypadku nie mógł U. żadnego innego powodu złego wejrzenia dziecka znaleźć, jak tylko ten, że ze zmianą piastunki zmniejszyła się i dbałość o ciepłotę mleka dziecku podawanego. Gdy zwrócono uwagę matki na to, aby dziecku podawała mleko o ciepłocie nie wyższéj i nie niższéj aniżeli 38°C.—38·5°C., już po krótkim czasie dziecko zaczęło inaczéj wyglądać. Powszechnie jest wiadomém, że oseski i dzieci w ogóle przez branie za nadto zimnych pokarmów dostają bólów w żołądku, brzuchu, wymiotów i rozwolnienia. Nadużywanie bardzo zimnéj wody zwykłéj lub sodowéj lub piwa prosto z lodu wywołuje nierzadko nieżyty i bóle żołądka oraz rozwolnienia. Nadużywanie napojów wyskokowych u robotników fabrycznych w Szwajcaryi przypisuje, może całkiem słusznie, Schuler temu, że jedzą wyłącznie zimne potrawy. Byłoby pożądaném, powiada słusznie U., aby więcéj fabryk poszło za przykładem kilku innych, które zaprowadziły ogrzewalnie potraw dla swoich robotników, jeżeli im na zdrowiu i zdolności wykonywania pracy zależy. Używanie bowiem stale zimnych potraw niekorzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia robotników. Jeśli używamy pokarmów o ciepłocie zbliżonéj do ciepłoty naszego ciała, działanie pepsyny najszybciéj występuje. Dla gaszenia pragnienia pewnym napojem najodpowiedniejszą jest ciepłota jego od 10° do 20°C. Zanadto niska lub zanadto wysoka ciepłota napoju lub pokarmu szkodzi, zawsze więcéj jeszcze, jeśli się je prędko spożywa. Jaworski i Gluziński (Przegląd Lekarski i *Zeitschrift f. klin. Med.* XI, 2 i 3) wykazali, że wprowadzenie wody lodowéj do żołądka zmniejsza kwasotę treści żołądka, a nadto według Jaworskiego wchłanianie przez ścianę żołądka jest o wiele żywsze przy użyciu ciepłéj wody (wody karlsbadzkie) niż przy zimnéj. Uczucie ciepła na języku i podniebieniu jest u różnych osób różne, niejednemu wydaje się to gorącém, co inni jeszcze za dość chłodne uważają. Niektórzy ludzie piją wprawdzie herbaty i kawy o ciepłocie 60°—65°—70°C. ale też większa ich część cierpi na różne postaci nieżytów żołądka. Jeśli się chce za pomocą napoju lub pokarmu ciału doprowadzić ciepła (np. podczas pory zimowéj), można to zrobić podając pokarmy o ciepłocie 10° do 12°C. cieplejsze aniżeli ciepłota krwi. Nagłéj zmiany pokarmów lub napojów o różnéj ciepłocie należy unikać, bo to szkodzi zębom. Zdanie, że picie wody bardzo zimnéj po gorących napojach (kawie) szkodzi zębom, oddawna wszystkim ludziom jest znane, z całą pewnością naukową potwierdza to Hyrtl w swojéj anatomii opisowéj, a prof. U. kładł zęby człowieka włożone poprzednio do wody 64 i 65°C. mającéj, do wody mającéj zaledwie 6°; wszystkich szkliwo popękało. Bardzo zimne napoje rzeczywiście obniżają ciepłotę ciała wyższą niż prawidłowa o parę dziesiętnych i ztąd wyrobiło się leczenie dodatkowe przeciwgorączkowe zimnemi napojami. Utratę jednak ciepłoty należy uważać tylko za utratę „ciepła" nieznaczną, bo obniżenie utrzymuje się tylko parę minut po spożyciu zimnéj strawy lub napoju. Zimne napoje zwiększają nierzadko pobudliwość do kaszlu. Gorące napoje mogą wywołać podniesienie się ciepłoty i poty. Rozbiór pojedynczych pokarmów co do ciepłoty nie przedstawia nic szczególnego. (*Wiener Klinik.* 1887, z. 9ty). *H. K.*

Dr. Jindřich Záhoř Zpráva zdrovotných poměrech král. hlavniho města Prahy za léta 1884 a 1885. V Praze 1887 str. 580 i prof. Dr. V. Janovský prof. Dr. J. Soyka a Dr. J. Záhoř. Zprava o činnosti městké zdrovotni rady Pražske v roce 1885. Pomiędzy sprawami każdego zarządu gminnego sprawy sanitarne zajmują niezaprzeczenie naczelne miejsce. Dla tego nie dziw, że w większych miastach zwykły się pojawiać sprawozdania z czynności na polu sanitarném jako obrachunek tego, co się w ciągu pewnego czasu w tym kierunku dokonało a co gminie do załatwienia pozostaje. Taki poniekąd obrachunek przedstawiają nam obydwie powyżéj przytoczone publikacyje. Są one dalszym ciągiem tego rodzaju prac, jakie dotąd miasto Praga także i w języku niemieckim wydawała. Sprawozdanie fizyka obejmuje okres dwuletni, t. j. rok 1884 i 1885. Na czele jego pomieszczono pracę prof. Krejčego: „O stosunkach geologicznych i hidrologicznych m. Pragi", pracę, jakiéj każde miasto polskie pozazdrościć może. Z porządku rzeczy przedstawiono statystykę chorobliwości i śmiertelności, z któréj się okazuje, że m. Pragę nawiedziła ospa nagminnie panująca, skoro skutkiem niéj umarło 12·7% wszystkich zmarłych. Z chorób zakaźnych wymarło w 1884 roku 15%, w 1885 roku 11,05%. Ogólna śmiertelność nie doszła pomimo epidemii ospy tak wysoko, jak w miastach galicyjskich zwyczajnie, wynosiła bowiem według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w 1884 roku 30,0, w 1885 roku 29,2. W dalszym ciągu przedstawiono czynności w każdym dziale higijeny miejskiéj, dokonane bądźto przez samego fizyka, bądźteż przez resztę służby sanitarnéj miejskiéj. A więc znajdujemy w niém rozdziały traktujące o pracach fizyka czysto biurowych, o stanie mieszkań, o nadzorze nad pokarmami, napojami, używkami, zajmuje się stanem kanałów, szkół, jatek, cmentarzy, zakładów dobroczynnych, szpitali itp., wreszcie zamieszczono także sprawozdanie weterynarskie. Z przedstawienia każdego z tych działów widać, że sprawozdawca jako świeży fizyk bardzo rychło zoryjentował się w ogromie zadań, jakie ma do spełnienia naczelnik spraw sanitarnych tak wielkiego miasta, jak Praga, znać na każdym kroku jego dozór, kontrolę i środki zaradcze przeciwko dostrzeżonym usterkom sanitarnym, a przedewszystkiém cieszyć on się może tém, że w swych usiłowaniach asanizacyjnych znajduje dzielne poparcie nietylko ze strony swojéj władzy przełożonéj, ale przedewszystkiém saméj ludności jako znanéj z zamiłowania do czystości i porządku. Sprawozdanie, o którém mowa, odznacza się pomiędzy wydawnictwami téj treści już na pierwszy rzut oka bardzo kosztownem wydaniem. Załączono bowiem liczne kolorowane tablice, które najwięcéj przyczyniają się do wyjaśnienia i ogarnięcia całego szeregu cyfer.

Praca druga „Sprawozdanie komisyi sanitarnéj m. Pragi" daje chlubne świadectwo téjże komisyi, jak gorliwie zajmuje się sprawami zdrowia swoich współobywateli. Odbyła ona 16 posiedzeń i zajmowała się 22 referatami zdążającemi do uzdrowotnienia nietylko samego miasta Pragi ale wszystkich miast czeskich. Jak różnorodne były przedmioty jéj obrad, niechaj wyjaśnią przytoczone tytuły chociaż ważniejszych referatów: Potrzeba wydawania świadectw lekarskich dla osób mających wstąpić do stanu małżeńskiego, dozór nad szkołami, urządzenie jatek, dozór nad pomieszkaniami przeludnionemi, uzdrowotnienie m. Pragi

i w ogóle wszystkich miast czeskich, oświetlenie elektryczne niektórych szkół, badanie wód gruntowych, topografija sanitarna m. Pragi, statystyka sanitarna itp. *Dr. Buszek.*

Otrucie za pomocą pigułek Morisona. Nader liczni zwolennicy leczenia różnych chorób przez podawanie pigułek Morisona, leku cieszącego się ogromném powodzeniem od lat kilkudziesięciu, sławią zgodnie zbawienne jego działanie a wśród hymnów pochwalnych często słyszy się zdania, że lek ten, jeżeli nie pomoże, to żadną miarą zaszkodzić nie może. Jak się zapatruje świat lekarski i władze sanitarne na sprawę leków tajnych w ogóle, a owych sławionych pigułek w szczególności, na to odpowiedź znajdzie każdy w odnośnych rozporządzeniach i ustawach, które jakkolwiek mają przedewszystkiém dobro ludności na celu, to jednak nie zdołały dotąd wywrzeć zbawiennego skutku i niemal codziennie spotkać się można z bezwzględnymi zwolennikami różnych przetworów tajnych mniéj lub więcéj rozpowszechnionych. Na szczęście większa część leków tajnych składa się z istot zupełnie lub prawie obojętnych, że jednak pigułki Morisona, składające się z najsilniejszych środków drastycznych roślinnych, mogą wywołać mniéj lub więcéj groźne przypady zatrucia, o tém nie wątpi nikt z lekarzy, niejeden może nawet spostrzegał takie przypadki, w których potajemnie podano pigułki i wywołano przypady, z których trudno było zdać sobie sprawę nie przeczuwając tego nadużycia. Przypadki śmierci z powodu użycia czy nadużycia pigułek Morisona ogłosili już Taylor (1836) i Tidy (1838 i 1839). Zwolennik téj terapii powiedziałby może, że to już tak dawno miało miejsce i w czasie gdy badanie chemiczne nie było tak udoskonalone, jak jest obecnie, że spostrzeżenia te można podać w wątpliwość. Zarzut ten żadną miarą nie może spotkać przypadku, który zdarzył się w Wiedniu w roku zeszłym, w którym sekcyję sądową zwłok 11-letniéj dziewczyny wykonał prof Hofmann, a badanie chemiczne dokonane przez A. Paltaufa, który ten przypadek ogłosił, jak niemniéj wywiady dostarczyły podstaw do orzeczenia znawców sądowych, skutkiem którego skazał sąd winnego w myśl § 335 u. k. austr. (*Wien. med. Presse*, 1887. Nr. 17). *Dr. Schaitter.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22·8. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z dławca i błonicy 3 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 4 (5 z. t.); z zapalenia płuc 2 (3 z. t.); z biegunki 8 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 3 krztuśca, 2 czerwonki. W tygodniu od 16—22 października umarło z ospy: w Brodach 1, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 1, w Tryjeście 13, w Warszawie 15, w Budapeszcie 2, w Rzymie 11, w Paryżu 8, w Petersburgu 2, w Odesie 1. Z odry umarło w Czerniowcach i w Wiedniu po 1, w Paryżu 9, w Londynie 18, w Kopenhadze 41. Z płonicy umarło we Lwowie 3, w Kołomyi, w Stanisławowie, w Czerniowcach po 1; w Wiedniu 9, w Pradze 7, w Londynie 58, w Warszawie 13. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Królewcu 6, w Hamburgu 9, w Paryżu 19, w Londynie 17, w Petersburgu 9. Z czerwonki umarło we Lwowie 4, w Brodach 1. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Drohobyczu 1, w Pradze 1, w Paryżu 7, w Londynie 36. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 5, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 8, w Pradze 3, w Berlinie 39, w Wrocławiu 18, w Mnichowie 13, w Hamburgu 9, w Budapeszcie 17, w Paryżu 31, w Londynie 41, w Warszawie 11, w Petersburgu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23·5; we Lwowie 52,0; w Brodach 20,3; w Drohobyczu 38,2; w Kołomyi 33.8; w Przemyślu 34,6; w Stanisławowie 24,9; w Tarnowie 32,4; w Czerniowcach 35,7; w Wiedniu 23,7; w Salcburgu 23,1; w Gracu 27,7; w Tryjeście 32,2; w Insbruku 30,3; w Pradze 27,9; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 17.9; w Opawie 23,3; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 19,6; w Berlinie 19,5; we Wrocławiu 21,6; w Gdańsku 20,5; w Dreźnie 19,4; w Hamburgu 27,6; w Kolonii 21,2; w Lipsku 14,1; w Mnichowie 29,0; w Strasburgu 13,6; w Amsterdamie 18,6; w Brukseli 19,3; w Budapeszcie 28,4; w Chrystyjanii 21,1; w Kopenhadze 23,3; w Londynie 19,4; w Odesie 25,2; w Paryżu 20,8; w Petersburgu 20,8; w Rzymie 27,3; w Stokholmie 17,7; w Wenecyi 17,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

~~* Kraków d. 22 grudnia.~~ Na ~~wczorajszem~~ posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odbyły się wybory urzędników na rok przyszły. Wybrani zostali: prezesem (ponownie) docent Pieniążek, wiceprezesem docent Mars, podskarbim docent Zarewicz, biblijotekarzem Dr. Murdzieński, sekretarzem dorocznym Dr. Schaitter. Sekretarzem stałym pozostaje Dr. Kwaśnicki. Następnie wybrano redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktora dotychczasowego, członkami zaś Komisyi redakcyjnéj proff. Korczyńskiego, Madurowicza, Obalińskiego i Oettingera; wreszcie delegatami Towarzystwa we Lwowie Drów Krówczyńskiego i Riegera, delegatem zaś Towarzystwa w komisyi sanitarnéj miejskiéj prof. Łazarskiego. Poczém prof. Rydygier miał wykład o nowym sposobie wydobycia kamienia z pęcherza moczowego, a w dyskusyi ożywionéj wzięli udział koll. Obaliński, Bossowski, Wilkosz i wykładający.

* D. 19 grudnia odbyło się posiedzenie Komisyi balneologicznéj Tow. lek krakowskiego pod przewodnictwem prof. Dra Kopernickiego, na którém uchwalono: 1) Wezwać zarządy zdrojowisk krajowych do wzięcia udziału w wystawie lekarskiéj na Zjazdach przyszłorocznych we Lwowie i Brukseli. 2) Urządzić w przyszłym 1888 r. w Krakowie Zjazd balneologiczny polski, którego program polecono ułożyć wyznaczonéj w tym celu podkomisyi.

* Ministerstwo Oświecenia zezwoliło, zgodnie z wnioskiem prof. Madurowicza, na ustanowienie drugiego asystenta z płacą 600 zła. rocznie przy klinice położniczo-ginekologicznéj w Krakowie, a to począwszy od d. 1 stycznia 1888 r.

* Przy sposobności poświęcenia nowego gmachu szpitalnego w Rzeszowie Wydział krajowy pozwolił na otwarcie tamże prowizorycznego oddziału okulistycznego. Oddział ten istnieje od d. 17 listopada b. r. pod kierownictwem Dra Zagórskiego, i ma 14 łóżek. Powiększenie oddziału zależy od potrzeby, a względnie od napływu chorych, których w pierwszym miesiącu już było 20. Gdy oddział okulistyczny niedawno w szpitalu św. Łazarza w Krakowie urządzony, a pozostający pod kierownictwem prof. Rydla, ciągle jest przepełniony, pomimo że i w klinice okulistycznéj krakowskiéj zawsze o miejsce formalnie dobijać się wypada, potrzeba istnienia oddziału okulistycznego na prowincyi leży na dłoni. Co większa, wybór Rzeszowa, miasta leżącego prawie w połowie drogi między Krakowem a Lwowem, był szczęśliwym, jak odpowiednim był wybór lekarza, któremu nowy powstający oddział został powierzony. Tą nowacyją Wydział krajowy zasłużył sobie na wdzięczność cierpiącéj ludności kraju naszego, i nie wątpimy, że kraj nie pożałuje kosztu względnie małego w stosunku do dobrodziejstwa, które spłynie na mieszkańców zwłaszcza biedniejszych a pomocy okulistycznéj potrzebujących i oddział prowizoryczny i mały jak najrychléj zamieni w stały i obszerniejszy.

* W skutek objawionego przez kilku kolegów, lekarzów rządowych, życzenia, aby rozporządzenia Namiestnictwa, obowiązujące na przyszłość lekarzy rządowych oraz lekarzy delegowanych z ramienia Rządu do leczenia epidemij, były drukowane nie w łamach Przeglądu Lek., lecz na osobnych kartkach, dodawanych do Przegl. Lek., tak aby z końcem każdego roku kartki te można było wyjąć i włączyć do zeszytu rozporządzeń sanitarnych, — Komisyja redakcyjna uchwaliła drukować wprawdzie nadal rozporządzenia te w łamach tygodnika, jako obchodzące wszystkich lekarzy, jednocześnie atoli z każdego rozporządzenia sporządzać pewną ilość osobnych odbitek, które załączone każdym razem do numeru, następującego po ogłoszeniu i rozsyłane tym szan. kolegom, którzy przesyłki téj sobie życzą, uczynią zadosyć ich potrzebie bez uszczerbku dla ogółu Czytelników. Ponieważ atoli odbitki te pociągną za sobą pewien koszt, Komisyja więc redakcyjna uchwaliła zarazem żądać od ich prenumeratorów opłaty skromnéj 30 ct. za arkusz druku. Gdy wreszcie zależy na tém, aby z początkiem roku wiedziano, jaki ma być nakład tych odbitek, upraszamy niniejszém pp. kolegów na takowe reflektujących, aby zechcieli jak najrychléj zawiadomić Administracyję za pomocą kartki korespondencyjnéj o życzeniu otrzymywania jednego lub więcéj egzemplarzy odbitek.

* W szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie mianowany został pierwszym sekundaryjuszem Dr. Antoni Wachtel, drugim zaś Dr. Ignacy Porębowicz.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg**. Prof. Scanzoni z końcem bieżącego półrocza przechodzi w stan spoczynku. — **Wrocław**. Docent prywatny Dr. Rosenbach mianowany został prymaryjuszem szpitala WW. Świętych. — **Wiedeń**. Prof. Albert otrzymał tytuł radzcy dworu.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Krzaczkowski rodem z Rozkosza w Król. Polskiém i Kaźmierz Ściborowski z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Kamil Méhu, jeden z najznakomitszych aptekarzy francuskich, zarazem lekarz aprobowany i członek Akademii lekarskiéj, licząc lat 50; w Londynie sir Jerzy Burrows, lekarz przyboczny królowéj, w 86 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 51: Srebrnego: Torbiel sklepienia gardzieli. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51: Rejchmana: O wpływie środków gorzkich na czynność żołądka zdrowego i chorego; Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (dok.). — W *Zdrowiu* Nr. 27: O wilgoci; Polaka; Szkice z podróży po Włoszech; Kilka słów o notowaniu spostrzeżeń pluwiometrycznych; Wystawa higijeniczna w Warszawie (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. JABŁONOWSKI: Szkice sanitarne z Persyi, Kraków 1887. (Odbitka z *Przeglądu Lek.*), in 8vo str. 185.

Prof. RYDYGIER: Zur Operationstechnik schwieriger Fälle von Blasenscheidenfisteln. (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1887) in 8vo str. 11.

TENŻE: Beitrag zur operativen Behandlung innerer Darmeinklemmungen. (Odbitka z Langenbecka archiwu), in 8vo str. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Rok XXVI. Kraków, 31 Grudnia 1887. Nr. 53.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1 \frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1888 **rok dwudziesty siódmy** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1 \frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1 \frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z oddziału dla chorób wewnętrznych Dra O. Widmanna w Szpitalu powsz. we Lwowie.

Strophantus hispidus w chorobach serca

przez

Dra Leona Rosenbuscha

sekundaryjusza tego oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 52).

Oprócz wyżéj skreślonych chorób serca stósowałem przetwory ze *Strophantus* w chorobach nerek, a to przeważnie w *Nephr. parench. acuta chron. et interstitialis.* O ile nastój i czysta strofantyna w chorobach serca znakomite oddawały usługi, a uregulowawszy krążenie i skrzepiwszy mięsień sercowy wywoływały znaczniejsze wydzielanie moczu, o tyle w chorobach nerek, ani powiększania się ilości moczu, ani téż jakiegokolwiek wybitniejszego skutku śród podawania tego leku zauważyć nie mogłem. Oto jak się przedstawia moczopędne działanie tego leku u trzech chorych z *Nephritis chronica* w porównaniu z działaniem naparstnicy:

Dzień		S. S. Ilość moczu		Dzień	I. T. Ilość moczu		Dzień	N. M. Ilość moczu
16	Dig.	800 cm. sz.		30	30 cm. sz.	Dig.	8	370 cm. sz.
17	„	900 „ „	Dig.	1	40 „ „	„	9	425 „ „
18	Dig.	975 „ „	„	2	75 „ „	Dig.	10	530 „ „
19	„	990 „ „	Dig.	3	400 „ „	—	11	700 „ „
20	Str.	1100 „ „	Dig.	4	585 „ „	Tra Stroph.	12	850 „ „
21	„	1100 „ „	—	5	750 „ „		13	800 „ „
22	„	1100 „ „	Tra Stroph. 3 razy dz. po 25 k.	6	860 „ „		14	725 „ „
23	„	950 „ „		7	400 „ „		15	500 „ „
24	„	900 „ „		8	340 „ „		16	475 „ „
25	„	850 „ „		9	275 „ „		17	300 „ „
26	„	790 „ „		10	275 „ „	Dig.	18	325 „ „
27	„	800 „ „		11	350 „ „	„	19	445 „ „
				12	300 „ „	„	20	700 „ „
				13	225 „ „	„	21	850 „ „
				14	200 „ „	„	22	800 „ „
				15	170 „ „		23	830 „ „
				16	90 „ „			

Jak z powyżéj przytoczonéj tabliczki wynika, podwyższenie się ilości moczu śród podawania nastoju ze *Strophantus* zawsze było tylko nieznaczne, a to w przypadkach, w których naparstnica ilość moczu znacznie powiększała. To nieznaczne moczopędne działanie strofantyny odnosi się wszelako tylko do samych chorób nerkowych, podczas gdy w chorobach serca równocześnie z poprawą stanu ogólnego chorych i ilość moczu znacznie się zwiększa.

Dla łatwiejszego uwidocznienia działania strofantyny i nastoju ze *Strophantus* w chorobach serca, przedstawiam kilka zdjęć sfigmograficznych razem z krótkim obrazem

sprawy chorobowéj. Używałem sfigmografu Sommerbrodta i Richardsona.

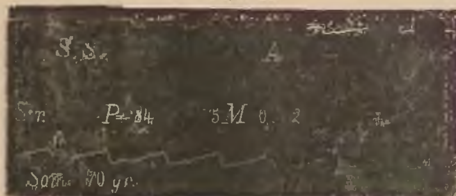


Fig. 1.

Fig. I przedstawia tętno chorego z *Nephr. parench. subsq. hydrope univ.*, u którego z powodu znacznie osłabionéj czynności serca zastrzyknięto podskórnie 0,002 strofantyny. Lit. A fig. I przedstawia tętno chorego przed zabiegiem = 96. Lit. *b* tętno zdjęte w 5 minut po zabiegu, a liczące 84 uderzeń na minutę.

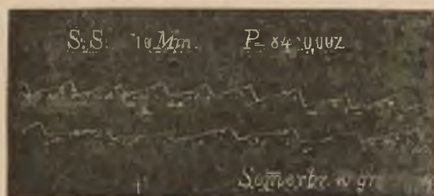


Fig. II.

Dwa zdjęcia sfigmograficzne na fig. II oznaczone lit. *c*, przedstawiają nam tętno zdjęte po 10 minutach a liczące 84 uderzeń.

Jeszcze znaczniejszą zmianę co do wysokości fali okazuje fig. III

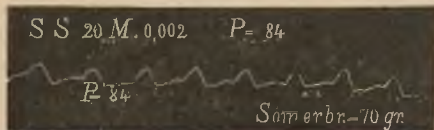


Fig. III.

przedstawiająca tętno wyżwymienionego chorego zdjęte po 20 minutach. Poniesienie się fali i znaczniejsze napięcie utrzymywało się 8 godzin po zabiegu. Sfigm. Sommerbrandta obc. = 70.

Fig. IV.

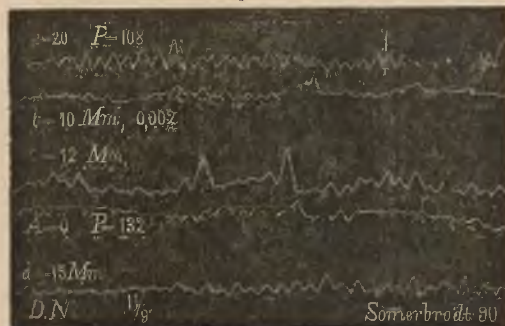


Fig. IV przedstawia tętno chorego z *Myocarditis chronica*. *A* przedstawia tu znacznie niemiarowe tętno pierwotne, które po zastrzyknięciu 2 mgr. strofantyny znacznéj uległo zmianie, jak to wykazują następowe zdjęcia: *b* po 10, *c* po 12, *d* po 15 i *e* po 20 minutach. Z końcem doświadczenia tętno nie jest miarowém, zbliża się już jednak do tego. W każdym razie uderzającą jest różnica pomiędzy tętnem pierwotném a tętnem w 20 minut po zastrzyknięciu zdjętém.



Fig. V.

Fig. V przedstawia tętno chorego z *Insufficientia valv. bicusp. subsq. hydropericardio, hydrothorace, ascitide et anasarca*. Tętno przed zastrzyknięciem = 132.

W 10 minut po zastrzyknięciu podskórném 0,001 strofantyny oddaje fig. VI.

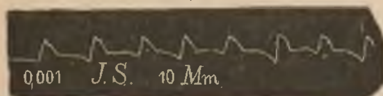


Fig. VI.

Liczba tętna = 120.

Jeszcze wybitniejszą zmianę co do liczby tętna i wysokości fali przedstawia fig. VII oddająca tętno tegoż chorego w 15 minut po zastrzyknięciu.

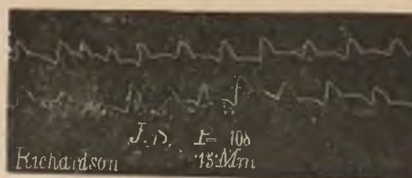


Fig. VII.

Sfigm. Richardsona 60 grm.

Inny przypadek *Myocarditis chronica* połączony ze znaczną arytmiją przedstawia fig. VIII.



Fig. VIII.

Tętno niemiarowe nikłe wynosi 78 uderzeń na minutę. Po podskórném zastrzyknięciu 0,002 strofantyny i w tym przypadku powstało znaczne podwyższenie się fali tętna i zwolnienie jego, tak że liczy ono w 10 minut po zabiegu 60.



Fig. IX.

Stosując strofantynę podskórnie w przypadkach, (w których uskuteczniane zdjęcia sfigmograficzne oto właśnie podaję) rychło już przyszedłem do przekonania, że przetworem tym posługiwać się nie podobna. Mała nadzwyczajnie dawka leku (Fraser tylko 1 miligr. podawał), w obec nierównego składu poszczególnych preparatów, już pierwszą a ważną niedogodność stanowi. Silne pieczenie powstające po podskórném zastrzyknięciu strofantyny, które nieco zmniejszyć można następowém zastrzyknięciem 0,02 kwasu karbolowego, ból głowy, nudności i wymioty prawie zawsze już rychło po zabiegu występujące, nakazują wyłączyć przetwór ten z szeregu środków leczniczych.

Inaczéj rzecz się ma z nastojem *Strophantus*, który łączy w sobie, jak już kilkakrotnie wspominałem, wszelkie zalety środka sercowego. Opierając się na doświadczeniu zebraném przez podawanie przetworu tego w licznych bardzo przypadkach chorób serca, przedstawiam działanie jego w następującém, krótkiém zestawieniu:

1) *Tra strophanti hispidi* działa wybitnie na serce wzmagając siłę skurczu i wysokość fali w tętnicach a zwalniając ruchy serca.

2) Jest środkiem skrzepiającym dla mięśnia sercowego i działa regulująco na ruchy serca.

3) Posiada własności moczopędne w chorobach serca; w chorobach nerkowych działanie jéj moczopędne jest bardzo nieznaczném.

4) Można ją podawać przez kilka i kilkanaście tygodni bez obawy wywołania objawów zbiorowych.

5) Nie psuje trawienia, tak jak inne środki sercowe, szczególnie naparstnica.

6) Stósować ją należy jako czysty nastój w dawce 10—25 kropli 3 razy dziennie.

7) Jest środkiem mniéj dosadnie działającym niż naparstnica i dla tego szczególnie wskazanym w przypadkach, w których nie ma jeszcze wskazania do podawania naparstnicy.

8) Przy ciężkich objawach niekompensacyi znakomicie podtrzymuje skutek początkowo podanéj naparstnicy.

9) Należy używać nastoju wyskokowego, *tra Stroph. alcoh.*, roztwór ten bowiem zawiera całą ilość dającego się wyciągnąć glikozydu gorzkiego, nastój zaś eteryczny trawienie rychléj upośledzać może.

10) W zwężeniu *ostii art. sin.* działa ujemnie, zbytecznie skurcz wydłużając, nie należy więc podawać jéj w téj chorobie.

II. Skutki skoku kobiety ciężarnéj.

Podał Dr. Józef Kadyi z Jasła.

Przypadek, który opisać zamierzam, zasługuje na uwagę nietylko ze względu swéj rzadkości, ale także i dla tego, że rozstrzygać się zdaje wątpliwy punkt etyjologiczny.

M. K., lat 43 licząca, wieśniaczka, odbyła jeszcze w stanie wolnym dwa porody, pierwszy przed szesnastu a drugi przed ośmiu laty. Oba porody odbyły się lekko, bez pomocy lekarskiéj, a przyszły na świat dzieci zdrowe i donoszone. Regularność, o ile chora pamięta, odbywała się zawsze prawidłowo. W październiku roku zeszłego wyszła za mąż, lecz pomimo, że spółkowała dość często przez kilka miesięcy, dopiero w czerwcu b. r. zauważyła ciążę po ustaniu regularności. Na początku sierpnia będąc zajętą w polu przy żniwach, skoczyła niezgrabnie przez bruzdę i w téjże chwili uczuła, że jéj coś „chlapło w brzuchu"; poczém czuła się tak osłabioną, że ledwie do domu powrócić zdołała. Nazajutrz pozostać musiała już w łóżku; mocz się jéj zatrzymał i tylko kroplami mimowoli odtąd odchodzić począł; również stolec tylko co 5—6 dni się pojawiał, nastały bóle w krzyżach i brak apetytu. Po trzech tygodniach choroby zauważyła puchlinę odnóg dolnych. Dolegliwości te zwiększały się i sprawiły, że chora przybyła dnia 16 września b. r. do szpitala w Jaśle szukać pomocy. W dniu tym znalazłem stan następujący:

Chora nędznie odżywiona. Na twarzy, a przedewszystkiém na wargach, lekkiego stopnia sinica. Oddech płytki a szybki dochodzi do 35 na minutę. Brzuch bardzo znacznéj objętości wykazuje przy badaniu pęcherz moczowy rozdęty, sięgający do połowy niemal odstępu pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka. Ściany pęcherza tak silnie napięte, że doznaje się prawie uczucia obrzęku stałego. Srom i odnogi dolne dość silnie surowiczo obrzmiałe odbijają od suchéj i wiotkiéj górnéj połowy ciała. Międzykrocze ku dołowi dość znacznie wyparte tak, że szpara sromowa mimo obrzęku warg nieco rozwarta; a wywinięta błona śluzowa kiszki odchodowéj przedstawia się w postaci sinawo-różowego koła wielkości czworaka. Pochwa wypchnięta ku przodowi przez obrzęk ciastowatéj konsystencyi, od tyłu napierający tak, że dość znaczny dolny odcinek błony śluzowéj tylnéj ściany pochwy ukazuje się w szparze sromowéj. Ściekający i rozkładowi ulegający mocz zmacerował przybłonek téjże błony śluzowéj, którą porywa pokład śluzowo-serowaty, a tu i owdzie widać powierzchowne nadżerki. Tylna ściana pochwy mocno przyparta do spojenia łonowego a palec ręki badającéj tylko z bólem dla choréj do pochwy wsunąć się daje, nie dosięgając jednak części pochwowéj macicy. Nie ulegało wątpliwości, że opisany obrzęk, wywołujący objawy inkarceracyi w miednicy małéj, jest macicą; a stosownie do anamnezy przyjąć wypadało piąty miesiąc księżycowy ciąży. Dyjagnoza wahała się tylko o tyle, o ile rozstrzygnąć nie mogłem, czy istnieje *retroflexio* czy téż *retroversio uteri gravidi.* Ponieważ jednak wątpliwość ta przedstawiała mi się obojętną ze względu na leczenie i rokowanie, przeto téż nie kusiłem się o rozstrzygnięcie jéj za pomocą dalszego, forsowniejszego badania, któreby sprawić musiało choréj więcéj bólu niż korzyści.

Pomoc w tym przypadku nie natrafiła na zbyt wielkie trudności. Kateter z trudnością do pęcherza wprowadzony, odprowadził znaczną ilość moczu jasnego, obojętnego (4—5 tacek półksiężycowych średniéj wielkości), przyczém chora doznała znacznéj ulgi. Teraz łatwiéj część pochwową macicy palcem dosiągnąłem i stwierdziłem: *retroflexio uteri gravidi.* Następnie w ułożeniu kolankowo-łokciowém wykonałem repozycyję macicy z miednicy małéj do właściwéj jamy brzusznéj. Zabieg ten trwał krótko i obył się bez narkozy. Po dokonanéj repozycyi chora, kierując się własném uczuciem, pozostawała jeszcze kilkanaście minut w pozycyi kolankowo-łokciowéj, unikając widocznie ruchu i przesuwania się wzajemnego trzew brzusznych. Zakończyłem przepłukaniem pochwy słabym rozczynem kwasu karbolowego, gdyż ręka wyjęta z pochwy pokryta była znaczną ilością masy śluzowo-serowatéj z domieszką krwi.

Cały ten zabieg odbył się 16 września po południu. W nocy z 16 na 17 września odeszła znaczna ilość moczu krwawego, tak że przez siennik podłoga zamokła. Nie mogę tu obwiniać kateteryzowania jako przyczynę krwotoku pęcherzowego, bo wykonałem je nader ostrożnie, i ani ja, ani chora wcale nie doznaliśmy wrażenia, aby kateter urażał w którémkolwiek miejscu błonę śluzową; mocz też odpływający przez kateter do końca zachował swoją zwykłą barwę. Nagłe wypróżnienie tak napiętego pęcherza wpływając znacznie na stosunki krążenia i naczyń w ścianach pęcherzowych było zapewne powodem krwotoku. Starałem się wprawdzie o jak najpowolniejsze wypróżnienie pęcherza, przerywając kilkakrotnie na czas niejaki odpływ moczu; nie chcąc odkładać jednakże repozycyi do dnia następnego, musiałem téż na poczekaniu wypuścić tyle moczu, ile tylko pewnym prądem odpływało. Mimo jednak krwotoku pęcherzowego, który zresztą, sądząc po zabarwieniu, nie musiał być znacznym, chora czuje nadzwyczajną ulgę, bezdech ustąpił, puchlina schodzi szybko, co widać po pomarszczeniu się skóry odnóg dolnych. Skarży się jedynie na pragnienie i osłabienie. Mocz krwawy pojawiał się od czasu operacyi przez następne cztery dni z malejącém nasileniem zabarwienia krwawego. Przez ten czas przepłukiwałem pęcherz raz na dzień rozczynem 3‰ kwasu salicylowego. Od dnia 21 września mocz stał się jasny i chora szybko do sił i zdrowia przychodzić poczęła. Dopiero 23 września niespodziewanie po godzinę trwających bólach chora poroniła płód męski 25cm. długi, okazujący ruchami ślady życia. Odtąd przebieg niczém niezamącony. Chora wyleżawszy się w szpitalu do woli, opuściła go dnia 7 października zupełnie zdrowa.

Wyznać muszę, że jakkolwiek z początku zabieg dnia 16 września wykonany uważałem za dosyć energiczny, aby można się po nim spodziewać poronienia, to jednak nie myślałem o poronieniu wówczas, gdy szósta już doba upływała od czasu repozycyi, a stan choréj był zupełnie zadowalający i zbliżające się poronienie niczém się nie zapowiadało.

Ciekawszą atoli okolicznością w tym przypadku jest, że opisane tu zboczenie w położeniu macicy ciężarnéj powstało skutkiem nagłego wstrząśnienia ciała. Nie można nie dowierzać słowom choréj, skoro ona jak najwyraźniéj datuje swą chorobę od owego niefortunnego skoku i dokładnie opisuje uczucia, jakich w brzuchu natychmiast w skutek owego skoku doznała. Przytaczam to dla tego, bo sądzę, że będzie to rozstrzygnieniem wątpliwości, jaką Schroeder wyraża w słowach: *zweifelhaft muss es bleiben, ob überhaupt bei normaler Lage des Uterus* (t. j. gdy macica ponad wchodem

miednicy) *eine Retroflexio* (Κατεξοχὴν) *durch acute Ursachen zu einer Zeit zu Stande kommen kann, in der der Uterus bereits so gross ist, dass er sofort Einklemmung bewirkt.* Schroeder więc, nie wierząc w tę możebność, twierdzi, że tylko wtedy przychodzi do objawów inkarceracyi w skutek tyłozgięcia macicy ciężarnéj, gdy macica od początku ciąży pozostaje w miednicy małéj i wcale z niéj przy powolnym swym wzroście się nie wydobywa. Co do opisanego tu przypadku możnaby zaś twierdzić, że macica ciężarna przed owym skokiem znajdowała się główną swą objętością ponad wchodem do miednicy małéj, a mimo tego nagle, w skutek wstrząśnienia ciała tam zapadła, sprawiając też od razu objawy inkarceracyi u osoby przed chwilą zupełnie zdrowéj. Być może, że i w tym przypadku istniało już poprzód tyłozgięcie; za tém nawet przemawiać się zdaje ta okoliczność, że chora po wyjściu za mąż i mimo systematycznego spółkowania dopiero po kilku miesiącach zastąpiła w ciążę. Nie mniéj jednak owo przypuszczalne tyłozgięcie, jeszcze przed zapłodnieniem istniejące, uważałbym był skłonny jedynie za moment predysponujący a nie za właściwą przyczynę tego, że macica znalazła się całą swą objętością w miednicy małéj i wywołała tu objawy inkarceracyi. Macica ciężarna prawidłowa byłaby zapewne mimo owego wstrząśnienia nie wpadła do miednicy małéj; ale też i na odwrót, gdyby nie owo wstrząśnienie, to w tym przypadku nawet choć w tył przegięta macica przetrwałaby prawidłowo cały okres ciąży, będąc już raz ponad wchodem miednicy.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija ogólna.

Scheurlen (Berlin): **Etyjologija raka.**

Zaledwie kilka dni upłynęło, jak prof. Bergmann przedstawił na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego chorego, który najpierw zauważył rosnący guz rakowaty na wardze dolnéj a wkrótce potém zrobił mu się taki sam guz na wardze górnéj na miejscu tamtemu przeciwległém, a już występuje asystent prof. Leydena z ogłoszeniem, że udało mu się wykazać przyrzut rakowi właściwy. S. badał pod względem bakteryjologicznym 10 raków sutka, zachowanych zaraz po operacyi w opatrunku przeciwgnilnym, oprócz tego 4 raki sutka, jeden przypadek raka macicy, 3 raki przerzutowe wątroby i raka żołądka bez zachowania ich przed badaniem w opatrunkach przeciwgnilnych. Do badań brał jako odżywki płyn surowiczy z wysięku opłucnowego przez nakłócie otrzymany albo płyn z puchliny brzusznéj, sterylizował go przez 5 dni według metody Kocha a po trzymaniu go przez 6ty dzień w ciepłocie 80—90° dał mu krzepnąć. Po nacięciu guza aseptycznym nożem brano igłą platynową rozżarzoną kroplę soku rakowego, dawano do odżywki opisanéj i wstawiano do piecyka wylęgowego o ciepłocie 39°. Już na trzeci dzień widział na powierzchni odżywki bezbarwną skorupkę, przybierającą po tygodniach zabarwienie brunatno-żółte. Jeżeli odżywka bardzo się osuszy i popęka, rośnie hodowla także w głąb. Z każdego raka 20 razy wzięte krople dawały próby z tym samym wynikiem. Drobnowidowe badanie powierzchownéj warstewki wykazało krótsze i dłuższe (od 1,5—2,5 mikrom.) a 0,5 mikromlm. szerokie, jasno zielono połyskujące prątki, okazujące pewien choć nieznaczny ruch, każdą metodą dające się zabarwić; w wyskoku prędko się odbarwiają. Kropla soku rakowego wzięta wprost na szkiełko pod drobnowid okazuje również twory takie same jak opisano. W dziesięciu rakach sutka ośm razy dały się one wykazać. Na agar-agarze prątek opisany rozwija się bardzo dobrze, a po 12—24 godzinach rozwijają się zarodniki, które szybko dają początek nowym pokoleniom. Prątki swoje, które S. uważa za swoiste dla raka i nazywa *bacillus carcinomatis*, zaszczepiał psom; pierwsze szczepienia rozpoczął w październiku b. r.; z 6 psów szczepionych żyje jeszcze 4, 2 zabito dla sprawdzenia skutku. Wszystkie były suki, wszystkim wstrzyknięto do gruczołu mlecznego trzy podziałki strzykawki Pravaza z roczynu hodowli 3- lub 4-dniowéj. Po upływie 14 dni utworzył się naokoło miejsca wstrzyknięcia guz niekiedy wielkości orzecha włoskiego, dosyć miękki, nie bardzo dobrze odgraniczony; w najbliższym czasie guz malał do wielkości orzecha laskowego lub fasoli, stawał się jednak zbitszym i twardszym. U obydwóch psów naumyślnie zabitych znaleziono w miejscu wstrzyknięcia w gruczole piersiowym guz twardy, niezrośnięty ze skórą, okazujący pod drobnowidem komórki powiększone, zziarnione, które zasługiwały na nazwę komórek przybłonkowych, a w których można było widzieć i wykazać w hodowlach zarodniki i prątki, takie same, jakie w raku napotykał. Pozostałe 4 psy chowa się dla dalszego doświadczenia. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 48). *H. K.*

Prof. Maragliano (Genua): **O odporności ciałek czerwonych krwi.**

Już od 3 lat zajęty jest prof. M. badaniami nad zachowaniem się ciałek czerwonych krwi w rozmaitych ciałach pośrednich, poza ustrojem zwierzęcym, jakim zmianom ulegają w parafinie trzymane, jakim uchronione od wpływu powietrza otaczającego, wystawione na działanie gorąca, suszone, jak na nie działają różne odczynniki i jak się zachowują w obec barwików.

W parafinie (uchronione od działania powietrza otaczającego) trzymane ciałka krwi przy ciepłocie 25—26° C. ulegają zmianom postaciowym i barwikowym pod mikroskopem widocznym. Najpierw tracą one prawidłową swą barwę w częściach środkowych, zmieniającą się więcéj na bezbarwną; część ta bezbarwna przedstawia się pod soczewkami immersyjnemi lekko zziarniona, odznacza się właściwą sobie poruszalnością, zmienia niekiedy szybko swą postać, zbliża się do obwodu ciałka, a za chwilę wraca znowu do środka. Kształtu krążka przytém ciałko nie traci. Z czasem powiększa się obwód części odbarwionéj, aż całe ciałko się odbarwia; wygląda wtedy jakby zziarnione. Stan ten odbarwienia trwa jednak krótko, bo hemoglobina z ciałek wyszła, zabarwia je wkrótce napowrót. Zmiany te potrzebują 6 do 8 godzin. Postaciowe zmiany nie różnią się znacznie od zmian, jakim ulegają ciałka czerwone krwi trzymane w innych ciałach lub płynach po za ustrojem zwierzęcym. M. zauważył, że wszystkim tym zmianom ulegają prędzéj ciałka wzięte ze krwi chorego aniżeli zdrowego człowieka.

Wystawione na działanie ciepła w osobno ku temu celowi zbudowanych piecykach, ulegają znacznym zmianom już po 5 minutach w ciepłocie 50° C., niekiedy już przy 30° C., jeśli krew wzięto z chorego człowieka; ze zdrowego wzięte nie zmieniają się nawet po 20 minutach przy ciepłocie 50° C. (Bliższe szczegóły poda M. w obszernéj pracy, która się niebawem ma ukazać).

Do zasuszenia krwi wystarcza już ciepłota 26° C.; bada się ją wtedy na szkiełku pod mikroskopem bez szkiełka nakrywkowego wolno leżącą, zmiany postaciowe są znaczne, kształt ciałek staje się nieregularny, ząbkowaty, odbarwiają

się w środku, ziarnieją, jeśli krew pochodziła z człowieka chorego; ciałka krwi ze zdrowych zostawały prawie zawsze prawidłowe.

Ucisk, choćby dosyć stosunkowo znaczny, wywarty na ciałka czerwone krwi zdrowego człowieka nie szkodzi im, jądro tylko staje się nieco wyraźniejsze; od chorego pochodzące pękają szybko, odłamki przybierają postać kulistą, odbarwiają się i łamią dobrze światło.

Pod wpływem rozmaitych odczynników krew niezdrowego także szybciéj i większym ulega zmianom, aniżeli krew zdrowego, nawet sól kuchenna i inne rozczyny ciał podawanych dla zachowania ciałek krwi w ile możności niezmienionym stanie, nie należą pod tym względem do wyjątku. Zmiany powstają zarówno postaciowe jak i barwikowe. Największą jednak okazała się różnica między zdrowemi ciałkami krwi a choremi przy badaniach nad zachowaniem się ich względem barwików. W rozczynie np. błękitu metylowego (7·5‰ soli kuchennéj na 1‰ błękitu metylowego) zabarwiają się zdrowe dwa razy tak szybko jak z chorego wzięte.

Za pomocą wyżéj podanych sposobów badał M. ciałka krwi z rozmaitych chorych i doszedł do następujących wyników: W wielu chorobach ulegają ciałka krwi znacznym zmianom i okazują się mniéj odpornemi w obec jego sposobów badania. Kiła i gruźlica sprowadzają najmniejszą ich odporność. Tak samo niekorzystnie wpływają na nią inne choroby przewlekłe, szczególnie przewlekłe choroby wątroby. Zmiany chorobowe w ustroju często nie pozostają w stosunku do zmian odporności ciałek krwi. (*Berliner klin. Wochschr.* 1887, Nr. 43). *H. K.*

Choroby dzieci.

Prof. Epstein (Praga): **O wskazaniu do przepłukiwania żołądka u osesków.**

Już w r. 1880 polecił E. przepłukiwanie żołądka w chorobach tegoż i chorobach jelit u osesków. Mimo to sposób ten leczenia nie został jeszcze ogólnie przyjętym w praktyce lekarskiéj, a przecie postępowanie takie właśnie u osesków najlepiéj się nadaje i skutki tegoż mają być, zdaniem E., tak zadowalające, że trzeba usilnie dążyć do jego rozpowszechnienia. Zarzuty możebne, że ten zabieg jest dla lekarza trudny, dla dziecka niebezpieczny, dla krewnych uciążliwym, nie są słuszne, i można im przeciwstawić niedostateczność wszystkich innych dotąd używanych sposobów leczenia chorób trawienia młodego wieku. Wykonanie nie ulega żadnym trudnościom, a właśnie młodsze dzieci znoszą lepiéj przepłukiwanie aniżeli starsze. Z pomiędzy 1000 przepłukiwań w klinice E. dotąd używanych, nie zdarzyło się ani jedno połączone z jakąkolwiek szkodą. E. stosuje przepłukiwanie w ostrych nieżytach kiszkowych, powstałych bądź z karmienia niestrawnemi pokarmami, bądź też z przyczyn zaraźliwych. Pierwszym warunkiem jest tu uwolnienie żołądka od niestrawionych i niestrawnych pokarmów i oddalenie produktów rozpadu działających trująco. Ostry nieżyt kiszek rozpoczyna się zwykle w początkowej części przewodu pokarmowego i żołądek jest narządem najpierw zajętym. Mimo to przepłukiwanie wskazane jest nietylko w początku, ale i w późniejszych okresach choroby. Zawsze prawie po wypłukaniu wymioty ustają natychmiast; żołądek znowu może zatrzymać pokarm i strawić go, jeżeli tylko ten ostatni tak dobrano, że tak bardzo osłabiona siła trawienia jeszcze mu podoła. E. stosuje w tym celu wodę białkowatą aż do ustąpienia biegunki i polepszenia się ogólnego stanu zdrowia, poczém można wracać powoli do innego sposobu karmienia.

Przepłukiwania żołądka są wskazane nietylko w tych najcięższych postaciach chorób żołądka i jelit, ale i w zwykłych nieżytach dyspeptycznych, w ostréj i przewlekłéj niestrawności. Przeciw tym na pozór lekkim cierpieniom trzeba zaraz na początku stanowczo działać z powodu ich rozlicznych powikłań. Same masy z żołądka wydobyte najlepiéj dowodzą potrzeby takiego sposobu leczenia. Dotychczasowy sposób leczenia tych stanów za pomocą leków i problematycznych przepisów dyjetetycznych jest za nadto niepewnym. Niezbędnie potrzebném jest przepłukanie w otruciach, mianowicie w otruciu makowcem, tak często (?) przydarzającém się w wieku dziecięcym. (*Internationale klin. Rundschau*, 1887, Nr. 40). *Dr. R. Spira.*

Dr. Escherich (Monachijum): **Przyczynki do przeciwgnilnego leczenia chorób żołądka i jelit u niemowląt.**

Nowsze sposoby leczenia chorób żołądka i jelit w wieku dziecięcym zmierzają przeważnie do odrażania treści jelitowéj. Środki odrażające, rozpuszczalne i nierozpuszczalne okazały się skutecznemi w chorobach żołądka, równie jak przepłukiwanie żołądka, które prelegent z pomyślnym skutkiem stosował w blisko 700 przypadkach; jelito cienkie zaś dla tych środków jest niedostępne. Jedynym i bezwarunkowo skutecznym środkiem dla wywarcia wpływu na to jelito jest dowóz, względnie usunięcie z pożywienia istot fermentujących. Wszystkie sprawy kiśnienia odbywające się w górnéj części jelita tworzą kwasy drogą rozpadu cukru mlekowego, po wessaniu cukru mlekowego przychodzi dopiero do gnicia białka (fermentacyja alkaliczna), jak w zapaleniu ograniczoném do kiszek grubych. Według tego trzeba leczyć pierwsze sprawy kiśnienia usunięciem wszystkich wodanów węgla (dyjeta białkowa), ostatnie zaś dostarczaniem małych ilości tych wodanów (dekstryn). (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 40). *Dr. R. Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 2 grudnia 1887.

Obecni koll. Świderski, Preibisz, Zielewicz, Osowicki, Chłapowski i sekretarz Wicherkiewicz. W nieobecności prezesa zagaja sekretarz posiedzenie, a kol. Świderski przewodniczy.

Kol. Zielewicz przedstawił dwóch chorych, u których z bardzo pomyślnym skutkiem wytworzył sztucznie wargę dolną; pierwszy przypadek dotyczył dziewczynki, która straciła przed kilku laty w skutek raka wodnego dolną wargę, w drugim zaś przypadku usunął kol. Z. u 60-kilkoletniego całą dolną wargę dla rozlanego raka i wytworzył odpowiednią nową wargę z sąsiedniéj skóry.

Sekretarz wygłosił odczyt „przypadek otrucia pilokarpinem z uwagami nad działaniem tego środka.“ Kobieta 30-kilkoletnia dostaje po zastrzyknięciu (dla zaćmień ciała szklanego) 1 ctgr. pilokarpinu na czczo, w 10 minut późniéj pojawiają się wymioty, silne mdłości, tętno wynosi 130, często przerywane, późniéj występują drgawki mięśni karkowych, objawy te trwają 10 godzin mimo wdychanego amylnitritu, podanego wina i mocnéj kawy, a ustępują dopiero po wstrzyknięciu podskórném 2 kropel 1% atropinu. Prelegent tłumaczy działanie pilokarpinu w ogóle jakotéż jego nieskuteczność w pewnych razach i wspomina o kilku przypadkach otrucia pilokarpinem w literaturze podanych.

Kol. Preibisz pyta się prelegenta, czy nie zauważył działania zbiorowego, na co prelegent przecząco odpowiadając, zaznacza, że w niektórych przypadkach robił do 30 zastrzyknień zawsze z równym skutkiem bez objawów zatrucia. — Kol. Zielewicz, który w dawniejszych latach używał także pilokarpinu w chorobach wewnętrznych, obawiał się zawsze upadku sił a nie doznawał nigdy wybitnego skutku. — Kol.

Chłapowski nie przekonał się, ażeby pilokarpin niekorzystnie miał działać na serce. U osoby dotkniętéj niedomykalnością zastawki dwudzielnéj zastrzyknięciem pilokarpinu znaczną wywołał ulgę. W innym zaś przypadku, gdzie chodziło o cierpienie oczne, pilokarpin sprowadził ból głowy i drgawki. Kol. Chłapowski robił w dawniejszych latach doświadczenia na zwierzętach i przekonał się, że atropin przeciwważa skutki pilokarpinu. — Kol. Osowicki poprzestaje na użyciu pilokarpinu przy ciężkich kurczach mocznicowych, a w tych razach skutek pilokarpinu chwali. W końcu wspomniał jeszcze prelegent o cierpieniach ocznych, przeciw którym pilokarpin okazywał mu się skutecznym, podnosząc konieczność indywidualizowania odpowiednich przypadków.

Kol. Świderski przedkłada 2 okazy patologiczno-anatomiczne, szczegółowo opisując przebieg odnośnéj choroby. Pierwszy dotyczył ukleju włóknikowego krtani, który po licznych, bezskutecznych przez rozmaitych lekarzy podejmowanych sposobach leczniczych, pewnego pięknego poranku wykrztuszonym został przez chorego zniecierpliwionego cierpieniem i przygotowanego na to, aby sobie własnoręcznie za pomocą brzytwy wykonać tracheotomiję, któraby go od dolegliwości na zawsze uwolniła. — Drugi okaz dotyczył włókniaka macicy, który kol. Świderski rozpoznał u osoby dotkniętéj silnym krwotokiem macicznym po poronieniu powstałym. Włókniak ten wielkości małego włoskiego orzecha prawdopodobnie pod wpływem skurczów macicy wywołanych częstemi a licznemi dawkami sporyszu samoistnie wyłuszczonym został. — Nadto wspomina kol. Świderski jeszcze o przypadku polipa nosowego, który u ucznia gimnazyjalnego po bezskutecznèm leczeniu przy wycieraniu nosa zniknął bez śladu.

Sekretarz zdaje sprawę ze stanu kasy Wydziału, przyczém ze względu na pewien poszczególny przypadek zgromadzeni oświadczają się za zatrzymaniem dawniejszéj uchwały, mocą któréj każdy z członków Sekcyi lekarskiéj w Poznaniu mieszkający winien składką 10 marek przyczynić się do utrzymania czytelni bez względu na to, czy z niéj korzysta lub nie. Postanowiono także zaabonować do czytelni i na rok przyszły te same, co dotychczas pisma. *Dr. Wicherkiewicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 7 grudnia 1887 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 32. Gość magister farmacyi p. Wolański ze Lwowa.

1. Wybrano Dra Bednarskiego Jana czynnym członkiem Tow. lek.

2. Zatwierdzono skład komisyi z 15 członków celem wybrania urzędników Tow. lek. na rok przyszły.

3. Kol. Korczyński imieniem Komisyi przemysłowéj przedłożył rozmaite preparaty i wniósł, aby Tow. lek. środki te poleciło.

Kol. Adamkiewicz okazał wodę musującą w syfonach a zawierającą w sobie *kalium, natrium* i *ammonium bromatum,* w oznaczonym stale stosunku, którato woda mogłaby być zalecaną w pewnych chorobach nerwowych.

W dyskusyi przemawiali koll. Paszkowski i Kohn zastanawiając się, jakby urządzić rozsprzedaż tego bądźcobądź nieobojętnego leku, czy mianowicie oddać go na skład aptekom, czy też zobowiązać fabrykę, aby wody te wydawała jedynie na polecenie lekarskie. Kol. Korczyński oznajmił, iż pp. Rząca i Chmurski fabrykanci tych wód, dopóty nie doznają poparcia Komisyi przemysłowéj, dopóki nie zobowiążą się na piśmie, że wzmiankowane leki oddają jedynie dyspozycyi lekarskiéj.

4. P. Wolański przedstawił kefir własnego wyrobu w kilku odmianach.

Kol. Paszkowski proponował, aby przedsiębiorca założył filiję w Krakowie, celem rozpowszechnienia tego dobrego a taniego leku, nadto zaś, aby leki uznane i przyjęte dotychczas przez Tow. lek. jako celowi odpowiednie, Komisyja przemysłowa przedstawiła jaknajrychléj wszystkim lekarzom w spisie dla łatwiejszego przeglądu. Kol. Korczyński oświadczył, iż Komisyja przemysłowa środek ten już zastósowała.

5. Na miejsce kol. Paszkowskiego obranego radzcą miejskim Tow. wybiera delegatem do Komisyi sanitarnéj kol. Łazarskiego.

6. Kol. Łazarski oznajmił, iż Komisyja przemysłowa uchwaliła, aby zachęcić farmaceutów i aptekarzy, których wyroby Tow. lek. poleciło, do wzięcia udziału w Wystawie higieniczno-lekarskiéj we Lwowie. Przyjęto do wiadomości z dodatkiem kol. Paszkowskiego, aby rzecz tę ogłosić w Przeglądzie Lekarskim.

7. Kol. Rydygier mówiąc szerzéj o nowym zwrocie w traktowaniu i opatrywaniu ran zadanych w tkankach względnie zdrowych, przedstawił kilku chorych operowanych i opatrywanych metodą Neubera Schedego, bez użycia sączków z dobrym skutkiem.

W dyskusyi wzięli udział koll. Obaliński, Pieniążek i Paszkowski.

8. Kol. Obaliński okazał kurki do irygatorów własnego pomysłu. *Dr. Dobruchowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie X z dnia 22 listopada 1887 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. Członków obecnych 10.

1. Skoro p. Mańkowski apt. w Przemyślu nadesłał pisemną deklaracyję, mocą któréj zobowiązał się perełki i pigułki swego wyrobu sprzedawać jedynie na polecenie lekarzy a zarazem przyjął obowiązek, że w ogłoszeniach podawać będzie jedynie skład takowych nie wymieniając wcale chorób, przeciwko którym bywają używane, uchwalono na wniosek Dra Lutostańskiego wyroby jego, (a mianowicie perełki z arsenianem sodowym, z chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowcowym i bezwonne pigułki kreozotowe), polecić Tow. lek. krak. (Na posiedzeniu w dniu 23 listopada b. r. Tow. lek. krak. uznało, że wyroby te odpowiadają wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznéj i że są godne polecenia i rozpowszechnienia).

2. Prof. Steingraber zdał sprawę z badań olejku sosny karłowatéj polskiéj i z wyciągu igliwiowego wyrobu aptekarza p. Nitribita w Krynicy. Orzeczenie to opiewa: „1) Olejek przedstawia ciecz zupełnie bezbarwną, czystą, o właściwéj przyjemnéj woni. Ciężar gatunkowy 0·9320 w + 15°C. Punkt wrzenia + 150°C. Destyluje bez zmiany, (nie daje przy destylacy ciemnéj pozostałości). Rozpuszczalność wyborna. 2) Wyciąg z iglii wia przedstawia ciecz czystą, brunatną o właściwym zapachu. Ciężar gatunkowy 1·082 w + 15°C. Zawiera ekstraktu w jednym litrze 112·04gr., a ekstrakt ten zawiera: Ciał organicznych (żywicowatych) 42·38gr. popiołu, (przeważnie węglanów, siarkanów i chlorków potasowców) 79·66gr.; poczyna destylować przy + 90°C., co wskazuje obecność olejków eterycznych, destyluje przy + 100°C. Destylat bezbarwny o właściwéj przyjemnéj woni oddziaływa słabo kwaśno. Zakwaszenie jednego litra wyciągu z igliwia równa się 1·25gr. kwasu siarkowego. Rozcieńczony wodą okazuje piękną, czerwono-brunatną barwę i pozostaje klarowny. Woń traci dopiero w rozcieńczeniu 120-krotnèm. Wielka ilość ciał ekstraktowych, stósowne zakwaszenie, jakotéż odpowiednie zewnętrzne przymioty zalecają ten wyciąg w zupełności. Na niemniéj dobre orzeczenie zasługuje badany olejek“.

Skoro nadto okazało się, że przetwory te są tańsze od zagranicznych i nadają się w praktyce lekarskiéj, przeto uchwalono przedstawić je Tow. lek. krak. jako zupełnie odpowiednie, godne polecenia i rozpowszechnienia. Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 23/11 br.

3. Przewodniczący zdał sprawę z jarzyn suszonych wyrobu p. Seelinga w Izdebniku. Ze sprawozdania tego wynika, że jarzyny te jako przetwór dyjetetyczny są godne polecenia i rozpowszechnienia, a nadto że produkcyja ich na wielką skalę przedsięwzięta jest w stanie podnieść znakomicie rolnictwo. Oprócz użytku domowego w czasie, gdy nie ma jarzyn świeżych, lub gdy jako zbyt młode nie zawierają one jeszcze dostatecznéj ilości swoistych składników, jarzyny suszone p. Seelinga nadają się wyśmienicie do przyrządzania rosołów i bulijonów dla chorych, jak niemniéj do zaopatrywania okolic w świeże jarzyny ubogich, daléj jako pożywka w czasie wycieczek lub podróży, a wreszcie do zaopatrywania wojsk, zakładów leczniczych

itp. osobliwie, jeżeli będą przesyłane w stanie prasowanym i opakowane w ten sposób, aby nie wilgły pod wpływem powietrza atmosferycznego. Cena ich jest bardzo przystępna, albowiem 10 dekagr. opakowane w staniol i papier pergaminowy kosztuje tylko 20 ct Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 23 listopada b. r. wniosek ten zamieniło w uchwałę.

4. Do podkomisyi zajmującéj się podniesieniem przemysłu aptekarskiego wybrano jeszcze prof. Łazarskiego i Dra Wachtla upraszając pierwszego, aby przewodniczył w naradach.

5. Przyjęto do wiadomości dotychczasowe usiłowania podjęte w zakresie podniesienia uprawy roślin lekarskich krajowych i uproszono Dra Wachtla, aby kierował daléj tą sprawą w osobnéj podkomisyi. Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbadenie.

Prof. Preyer (Jena): **Badanie przyrody a szkoła.**

Zarówno u nas, jak i w Niemczech, odzywają się głosy higijenistów i lekarzy praktycznych nieprzychylne o urządzeniu szkół publicznych, sposobie nauczania w nich, domagające się stanowczéj a skutecznéj reformy. Badania pouczają, że nadmiernie pracujący narząd odciąga innym narządom pokarm i przeszkadza ich rozwojowi, że jeśli jedna czynność cierpi, psuje się i harmonija innych, że wpływy zewnętrzne powinny iść w parze z rozwojem ustroju, że sztuczne przyspieszanie wzrostu i rozwoju tylko szkodzi, że rozwinięcie się postaciowe mózgu zależy od rodzaju wrażeń. Przeciw tym wszystkim prawom i warunkom rozwoju błądzą szkoły, obciążanie w nich umysłu, nieodpowiedni materyjał naukowy i fałszywy sposób uczenia. Ztądto pochodzi, że z każdym rokiem zmniejsza się w Prusiech liczba uczniów zdających egzamin dojrzałości, mimo że ich dość do szkół średnich uczęszcza, że tyle jest między uczącymi się krótkowidzów, że więcéj niż $^1/_4$ uczniów ponosi w skutek uczenia się cielesne zboczenia. P. radzi dla tego, aby w niższych klasach więcéj kształcono ucznia fizycznie, żeby w wyższych klasach zacząć dopiero udzielać nauki języków klasycznych, których się gruntownie powinni uczyć starsi na wszechnicy; jest on w ogóle za zniesieniem gimnazyjów. Już w r. 1869 oświadczyło się na wszystkich uniwersytetach niemieckich 384 głosów przeciw 150 za tym samym wnioskiem, obecnie sądzi P., że głosowanie dałoby o wiele korzystniejszy wynik na korzyść zniesienia ich. Ilość przyrodników wzrosła w Niemczech od r. 1870 o 56%, odpowiednio temu i uczących się przyrodoznawstwa. (*Wiener med. Presse* 1887 Nr. 39). *H. K.*

(*H. K.*) Na pos. Tow. lek. w Berlinie zawiadomił niedawno Weyl, że oprócz trzech organicznych połączeń: gumigutti, koralinu i kwasu pikrynowego, zabronionych przez rząd do sprzedaży, jako trujących nasze potrawy i pożywki, jeżeli jako ich przyprawy użyte zostały, udało mu się wykazać, że i szafran jako barwidło użyty działa trująco. W Niemczech używają go do farbowania masła, sera, likierów i makaronu. Głównie ma on działać trująco dla wielkiéj zawartości trinitrokresolu, 0·25 tego ciała zabija już króliki wśród objawów tężca i typu oddechania Cheyne-Stokesa w 15 minut po wstrzyknięciu. Radzi zamiast szafranu używać nieszkodliwéj a tańéj farby żółtéj masłowéj (*Buttergelb*) zrobionéj przez Griesa, albo nietrujących barwików azotowych czerwonych, których już oddawna używają Francuzi do farbowania win. (*Münch. med. Woch.* 1887, 43)

* W Nrze 56 Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych, wydanym d. 15 października r. b. mieszczą się wskazówki do przeprowadzenia desinfekcyi w chorobach zakaźnych, ogłoszone według wniosków najwyższéj Rady sanitarnéj rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 16 sierpnia r. b. do L. 20,662/1886 i rozporządzeniem Namiestnictwa z d. 24 września r. b. do L. 53,781. (Wskazówki te podaliśmy w tłumaczeniu własném w Nrze 38—40 Przeglądu Lek. z rb.).

* W gubernii petersburskiéj praktykuje się z rzemiosła fałszowanie herbaty liśćmi wierzbówki wąskolistnéj (*Epilobium angustifolium*) i to na taką skalę, że w jednej wiosce komisyja, która zjechała, potrzebowała 30 fur dla zabrania owych liści. Dochodzenie w Petersburgu samym wykazało, że na 200 prób w 40 znajduje się przymieszka owych liści w stosunku jak 10 do 50%. W obec tego faktu wypadałoby, aby i u nas zabrano się do ściśléj rewizyi herbat z Rosyi sprowadzanych.

* Magistrat berliński zezwolił na wybudowanie śród cmentarza miejskiego budynku, w którym mają być przechowywane urny z popiołami trupów spalonych.

○ Śmiertelność na ospę w Cesarstwie niemieckiém w r. 1886. Dr. Rath ogłosił sprawozdanie o śmiertelności na ospę w ciągu r. 1886 w Cesarstwie niemieckiém. W śród więcéj niż 47 milijonów liczącéj ludności zdarzyło się tylko 155 przypadków śmierci na ospę (t. j. 3·3 na milijon). Pomiędzy 155 zmarłymi było 61 dzieci poniżéj roku, 14 między niemi liczyło 1 do 5 lat, 16 od 5 do 20 lat a 64 ponad 20 lat. W 193 miastach stosunek śmiertelności w ostatnim roku wynosił 4 na milijon. Ciekawém jest porównanie śmiertelności na tę chorobę z innemi państwami i miastami. W 28 miastach angielskich odpowiadała śmiertelność stosunkowi 8 na milijon, w 71 miastach belgijskich 194, w 15tu szwajcarskich 218 w 49 austryjackich 325 a w 12 węgierskich 2428 na milijon. Słusznie dopatrywać można związku między śmiertelnością na ospę a uregulowaném szczepieniem w różnych krajach. W ciągu r. 1886 nie było przypadków śmierci na ospę w Wrocławiu, Dreźnie, Kolonii, Frankfurcie a tylko jeden w Berlinie. Z większych miast niemieckich największą była śmiertelność w stosunku 33 i 36 na milijon w Królewcu i w Hamburgu. W poza niemieckich miastach pojawiała się ospa z różném nasileniem, tak że stosunek śmiertelności był w Londynie 6 na milijon, w Liwerpolu 49, w Paryżu 90, w Rheims 1213, w Rzymie 1343, w Genewie 1538, w Peszcie 3687 a 5453 w Marsylii. Okazuje się z tego, że Niemcy i Anglija cieszyły się stosunkową ochroną, stanowiącą silne przeciwieństwo do śmiertelności na tę chorobę we Francyi, Austryi i Włoszech. (*The Lancet*, 1887 II, Nr. 15).

β. Kawa palona jako środek przeciwgnilny. Dr. Heim stwierdził na mocy przeprowadzonych hodowli prątków z rodzaju *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Bacillus anthracis*, oraz jego zarodników, w podłożu zawierającém pewną ilość wyciągu kawowego, znaczenie tegoż jako środka przeciwgnilnego. 10cio-procentowy rozczyn wystarczał do zatamowania zupełnego rozwoju prątków, pod warunkiem, że one same lub ich zarodniki zostawały z nim w bezpośredniém zetknięciu. Działanie to przeciwgnilne kawy zdaje się nie zależeć wcale od kafeinu, który w sprzyjających nawet warunkach i w znaczném zagęszczeniu nie zawsze działa zabójczo na najniższe ustroje, ale raczéj przypisać je należy olejkowi lotnemu (kafeon), jakkolwiek stanowczo rzecz dotąd nierozstrzygnięta. Przy tylu lepszych środkach przeciwgnilnych wyciąg kawy zaledwie na wzmiankę zasługiwać może, a już w każdym razie ziarnom kawowym sproszkowanym należy się pierwszeństwo. Jak doświadczenia pouczają istota działająca w kawie pozostaje w ziarnach, po przygotowaniu wyciągu zwykłym sposobem; w żelatynie jednak można było zauważyć brunatną obwódkę naokoło kawałeczków palonéj kawy jako oznakę, że pewna część z ich składników w rozczyn przeszła. To samo, należy przypuścić, zachodzić musiałoby w wyższym jeszcze stopniu przy ciepłocie ciała w wydzielinach ran. Możnaby bez obawy twierdzić, że świeżo umielona palona kawa stosowana na rany świeże stanowić może dostateczną zaporę rozwijaniu się pewnéj liczby zarodników prątków a z drugiéj strony nie dopuści dostania się ich z zewnątrz. (*Deut. mediz. Ztg.*, 1887, Nr. 75).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 grudnia. Z końcem roku wywięzujemy się z miłego obowiązku podziękowania szan. naszym współpra-

cownikom i prenumeratorom za dzielne i skuteczne poparcie naszych usiłowań w ciągu roku. Dzięki temu poparciu ziściła się nadzieja nasza, że początek drugiego 25-lecia Przeglądu Lekarskiego nie pozostanie w tyle za okresem ubiegłym a z prawdziwem zadowoleniem wskazać możemy wzrastający szereg naszych współpracowników. Ze swéj strony starałiśmy się uczynić zadosyć życzeniom przyjaciół i orędowników pisma naszego i korzystać ze światłych wskazówek, od czasu do czasu nam udzielanych, a Komisyja redakcyjna nie szczędziła téż ofiar, aby wiernie i szybko odzwierciedlić pięknie postępujący ruch w piśmiennictwie naszém, dowodem czego fakt, że zamiast 78 arkuszy druku rocznik niniejszy zawiera arkuszy 90. Z bogatym zasobem pięknych prac oryginalnych wstępujemy w rok 27my naszego istnienia i niczego żywiéj nie pragniemy, jak, abyśmy z końcem roku przyszłego znów zaznaczyć mogli postęp skromny; przyczyniać się do niego w miarę sił naszych nigdy nie przestaniemy, a większe poparcie i zbyt łaskawe uznanie ze strony szan. kolegów podwoi nasze starania, aby dowieść, że i my w postępie ogólnym poważny bierzemy udział.

* Udajemy się ponownie z prośbą do szan. współpracowników, aby przesyłając rękopismy zechcieli zaznaczyć na nich od razu, czy i ile życzą sobie odbitek z pracy swojéj. Zgłoszenia późniejsze w najlepszym razie przysparzają wiele trudu, a często pozostać muszą bez skutku, mianowicie, jeżeli artykuł w drukarni został już rozrzucony.

* Dowiadujemy się, że prof. Dr. Korczyński, który od $4\frac{1}{2}$ lat był przewodniczącym w komitecie administracyjnym szpitala św. Łazarza w Krakowie, wniósł podanie do Wydziału krajowego o uwolnienie go od tych obowiązków.

* Nr. 52 *Gazety Lekarskiéj* w całości poświęcony jest prof. Włodzimierzowi Brodowskiemu, dla uczczenia jubileuszu jego 25-letniéj działalności naukowéj i lekarskiéj. Dobrowolna ta cześć, oddana zasługom znakomitego profesora, jest zaszczytną nietylko dla Jubilata, ale i dla grona wydawniczego *Gazety Lekarskiéj*; dla pierwszego jako dowód prawdziwego szacunku, jaki zaskarbić sobie umiał śród uczniów swoich i młodszego pokolenia lekarzy, — dla ostatniego zaś z powodu, że prawdziwą zasługę umiało uczcić w sposób odpowiedni. Do spisania bowiem żywota prof. Brodowskiego nikt zapewne nie był więcéj powołany od ucznia i wieloletniego towarzysza i pomocnika, Dra Przewóskiego. Autor zdołał po mistrzowsku wywiązać się z trudnego swego zadania, a trudném ono było w istocie, jeżeli się uwzględni, że uczeń i asystent miał podać obszerny życiorys profesora swego, jeszcze żyjącego. Wyczerpnął on wszystkie szczegóły odnoszące się do życia i działalności, zwłaszcza nauczycielskiéj, Jubilata, i wyciosał jakby z marmuru posąg, który tym, którzy nie mieli sposobności poznania i stykania się z Brodowskim, i przyszłym pokoleniom lekarskim, da wyobrażenie o jego działaniu zbawienném. Bardzo trafną jest ogólna ocena znaczenia jego naukowego, które mieści się w następującym zwięzłym ustępie: „krytykę badań samodzielnych mogą stanowić tylko takie same badania następne. W tym względzie badania Brodowskiego są jeszcze za świeże, żeby już mogły uledz ocenie wszechstronnéj. Bądź co bądź wyniki tych badań w każdym razie niemałą posiadają wagę. Choćby bowiem nawet nie utrzymały się one w całéj swéj sile w przyszłości, to jednak zmuszać będą następnych badaczów do pilnego zwrócenia uwagi w pewnym kierunku, a więc zawsze tworzą jedno z ogniw w jednociągłym łańcuchu rozwoju". Rozprawę całą, mieszczącą w sobie liczne uwagi nad rozwojem nauk lekarskich w Królestwie, polecamy uwadze kolegów lekarzy polskich; niemałą jej ozdobą jest dołączony litografowany portret Jubilata.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Prof. nadzw. dermatologii i syfilidologii mianowany został docent wiedeński Dr. Adolf Jarisch. — **Dorpat.** Profesorem położnictwa mianowany został nie Dr. Löhlein lecz Dr. Wyder, asystent Gusserowa w Berlinie. — **Monachijum.** Dr. Weil habilitował się jako docent dentystyki.

* **Nekrologija** W Płońsku umarł Dr. Jan Jędrzejewicz. Przez śmierć przedwczesną tego zasłużonego badacza i obywatela społeczeństwo nasze ponosi stratę niepowetowaną. Życiorys jego obszerny podamy w Nrze 1 z r. p.

W Paryżu umarł Dr. Bernutz, ginekolog i członek Akademii lekarskiéj, w Tours profesor anatomii Giraudet.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 12: Pacanowskiego: O badaniu i rozpoznaniu chorób żołądka. — W *Medycynie* Nr. 52: Nekrolog Dra Jędrzejewicza; Srebrnego: Torbiel sklepienia gardzieli (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Przewóskiego: Życiorys prof. Brodowskiego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. SAWICKI: O przepuklinie przedotrzewnowéj. (Odbitka) in 8vo str. 118.

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XIV. (Odbitka z *Medycyny*) 1887, in 8vo str. 88.

Zeszyt ten zawiera prace Drów Krokiewicza, doc. Głuzińskiego i doc. Jaworskiego, Halskiego, Prusa.

Do Nru dzisiejszego dołącza się tytuł i Spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.